

Rio de Janeiro, 01 de Março de 2018

Aos Cuidados de: ROBERTO RENE DO VALE LOPES

Sinistro: 3180024865

Vítima: ROBERTO RENE DO VALE LOPES

Data do Acidente: 06/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO GIVELSON SILVA PEREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180024865** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12336062

A/C: ROBERTO RENE DO VALE LOPES

Nº Sinistro: 3180024865
Vítima: ROBERTO RENE DO VALE LOPES
Data do Acidente: 06/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO GIVELSON SILVA PEREIRA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **ROBERTO RENE DO VALE LOPES**

Valor: **R\$ 4.218,75**

Banco: **237**

Agência: **000000985-7**

Conta: **000000617456-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.218,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: ROBERTO RENE DO VALE LOPES

Sinistro: 3180024865

Vítima: ROBERTO RENE DO VALE LOPES

Data do Acidente: 06/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO GIVELSON SILVA PEREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180024865** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ROBERTO RENE DO VALE LOPES**

Nº Sinistro: **3180024865**

Vitima: **ROBERTO RENE DO VALE LOPES**

Data do Acidente: **06/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCISCO GIVELSON SILVA PEREIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180024865**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12247750



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.218,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROBERTO RENE DO VALE LOPES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00985-7

CONTA: 000000617456-6

Nr. Autenticação

BRADESCO0102201805000000000023700985000000617456421875 PAGO



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-Pi



Nome:

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

AV. MIGUEL ROSA

ROBERTO RENE VALE LOPES

RELATORIO MEDICO

Paciente submetido à tenorrafia e tenoplastia do tibia anterior extensor longo do hálux e extensor longo dos dedos em 30/09/17 deve permanecer afastado de suas atividades diárias por aproximadamente 120 (cento e vinte) dias a contar da data de cirurgia (30/09/17).

CID S86.9

Dr. João Daniel Costa A. Aragão
Ortopedista Traumatologista
Cirurgião de Mão e Tornozelo
CRM-Pi 15.117 1/2000

Teresina 01 de Outubro de 2017

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome

João Daniel Costa A. Aragão

Data: 01/10/2017

Cidade: Teresina

UF: PI

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada

CONTROLE DE PREÇOS
OPVAT
CONTROLE NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2018
SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-170

ROBERTO RENÊ DO VALE LOPES

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA, VÍTIMA DE
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQ, LESÃO DO TENDÃO TIBIAL ANTERIOR E
LESÃO DO NERVO FIBULAR, APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO,
DEVENDO PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES POR
APROXIMADAMENTE 3 (TRES) MESES.

CID S420 / S849 / S869

TERESINA, 28/09/2017

Dr. FERNANDO COELHO DE OLIVEIRA
CRM 3465

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3465 - RCP 11913

Agende sua consulta através de nosso site:
www.ortomedterresina.com

DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
09 JAN, 2018
AGENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Rosende, 465 Loja C
Centro - N.º CEP: 64.002-170

ROBERTO RENÉ DO VALE LOPES

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA, VÍTIMA DE
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQ, LESÃO DO TENDÃO TIBIAL ANTERIOR E
LESÃO DO NERVO FIBULAR, APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO,
DEVENDO PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES POR
APROXIMADAMENTE 3 (TRES) MESES.

CID S420 / S849 / S869

TERESINA, 28/09/2017

Dr. FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
CRM 3461
Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3461 - 1913

Agende sua consulta através de nosso site:
www.ortomedteresina.com



EMPRESA
EMPRESA
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2018
ENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Rosende, 455 Loja C
Fortaleza - Ceará CEP: 64.002-176



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

Nome:

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Nome

Nome

Nome

AV. MIGUEL ROSA

ROBERTO RENE VALE LOPES

Nome

RELATORIO MEDICO

Paciente submetido à tenorrafia e tenoplastia do tibia anterior, extensor longo do hálux e extensor longo dos dedos em 30/09/17 deve permanecer afastado de suas atividades diárias por aproximadamente 120 (cento e vinte) dias a contar da data de cirurgia (30/09/17).

CID S86.9

Dr. Igor Damasceno A. Araújo
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Cirurgia de Pê e Tornozelo
CRM-PI 3802 TEOT 13290

Teresina 01 de Outubro de 2017

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome

Nome e assinatura

Data _____/_____/____

Assinatura do Farmacêutico

Assinatura

Assinatura

Data

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada

RECETA
ENTRADA: 2 de Outubro
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
08 JAN, 2018
GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.001-170



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO,

SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06553564000642 (86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0128024

Data: 06/08/2017

Funcionario: RCASSIA

Registro: 22664

Hora: 15:43:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 52

SUS

ROBERTO RENE DO VALE LOPES

Nasc.: 21/08/1973 Idade: 43 ANOS, 11

Telefone: (86) 9944-23807

CPF: 687.760.203-04 - RG: 1346197 - SUS: 898003432963558

End.: RENASCER OI QG C, 5 - CASA

Bairro: SAO LUIS

Civil: CASADO(A)

CEP: 64280-001

IBGE: 2202208 Cor: PARDA

Mãe: LINA CLARA DO VALE LOPES

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

Pai: RAIMUNDO NONATO LOPES

Clinica: CLINICA MEDICA

Documento: 6460 - CAROLINA COELHO MELLO

Responsavel: SHARLES PATRICIA - IRMÃO(A)

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 180/90

Procedimentos

06/08/2017 15:43 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

06/08/2017 15:50 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Exame clinico/fisico:

Paciente vítima de acidente de trânsito, trazido pelo nome, com abscessamento de região de

Diagnostico provavel:

clavícula E e suspeita de fratura em perna direita exposta.

Medicação:

glasgow 15

Nega perda de consciência.

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

eo: - SFO, 9% - 500ml, EV, gl manterveic (modifico)

- Cetoprofeno 100mg - laup, + 100ml de SFO, 9%, EV.

- Dapirone - laup, 100, EV, opora

- Iodo salmizado

Carolina Coelho Mello
MÉDICA
CRM-PI 8460

16/08/2017
ENFERMEIRA
COREN-PI 418.222
16:00

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
08 JAN 2018
GENE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 855 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.003-170

**FICHA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS
(SALA DE PEQUENA CIRURGIA)**

NOME: Roberto Ruelzo Valle Lopes DATA: 06/08/17 HORA: 15:45

PROCEDIMENTO: Cunodi D

MATERIAIS	QUANT.		QUANT.	MEDICAÇÕES	QUANT.
AGULHA N°		ADRENALINA		USO TÓPICO	
ATADURA <u>08</u> CM <u>150</u>	<u>03</u>	AMINOFILINA		KOLAGENASE	
ADAPTADOR PARA EQUIPO (MULTIVIA)		ATROPINA		NEOMICINA	
BOLSA COLETORA		ÁGUA DESTILADA		NITROFURAZONA	
BORRACHA O2 (LÁTEX)		BROMOPRIDA		RIFOCINA SPRAY	
CATETER O2		BUSCOFAN COMPOSTO		SULFADIAZINA DE PRATA	
COMPRESSA	<u>02</u>	CIMETIDINA		SOLUÇÕES	
EQUIPO HEMOTRANSFUSÃO		DEXAMETASONA		ÁLCOOL IODADO	
EQUIPO MACROGOTAS		DIPIRONA		ÁLCOOL 70%	
ESPARADRAPO	<u>x</u>	EFORTIL		POVIDINE DEGERMANTE	
FIO CATEGUTE SIMPLES N°		FUROSEMIDA		POVIDINE TÓPICO	
FIO CATEGUTE CROMADO N°		GLICOSE 50%		S. FISIOLÓGICO 0,9%	<u>x</u>
FIO NYLON N°		HEPARINA		SORO GLICOSADO 5%	
FIO ALGODÃO N°		HIDROCORTISONA 100MG		SOLUÇÃO DE ISOCEL	
GAZES	<u>04</u>	HIDROCORTISONA 500MG		SOL. MANITOL	
JELCO N°		PLASIL		RINGER LACTATO	
LÂMINA DE BISTURI		TRANSAMIN		VASELINA	
LUVAS PROCEDIMENTO	<u>02</u>	VITAMINA K		APARELHAGEM	
LUVAS ESTÉREIS N°		VOLTAREN		ASPIRADOR	
MICROPORE		ANESTÉSICO		BISTURI ELÉTRICO	
PACOTE DE CATETERISMO		LIDOCAINA SEM VASO		ESTERILIZAÇÃO	
PACOTE SUTURA		LIDOCAINA COM VASO		FOCO CIRÚRGICO	
SCALP N°		XILOCAINA SPRAY		SALA PEQ. CIRURGIA	<u>x</u>
SERINGAS 1 ML		XILOCAINA GELEIA		OUTROS	
SERINGAS 5 ML		COLÍRIO OFTÁLMICO		OXIGÊNIO	
SERINGAS 10 ML		PSICOTRÓPICOS		DRENO	
SERINGAS 20 ML		CLORPROMAZINA			
SONDA NASOGÁSTRICA CURTA N°		DIAZEPAN			
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA N°		DOLANTINA			
SONDA FOLEY N°		FENOBARBITAL			
SONDA ASPIRAÇÃO N°		HALOPERIDOL			
SONDA RETAL		HIDANTAL			
SONDA URETRAL N°		MORFINA			

RECEBUEMOS
08/08/2017
DIPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2018
GENTE SEGURADORA S.P.
Rua Coelho de Resende, 400 Loja 6
Centro - Norte CEP: 64.067-170

Alexandra Magalhães
ENFERMEIRA
CPF: 016.165.222
ENFERMEIRO (A)

MÉDICO

AUX/TEC. ENFERMAGEM

**HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR**

CONTORNO,

SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06553564000642

(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0128024

Data: 06/08/2017

Funcionario: RCASSIA

Registro: 22664

Hora: 15:43:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS**Senha 52****ROBERTO RENE DO VALE LOPES**

Nasc.: 21/08/1973 Idade: 43 ANOS, 11 MESES, 16

Telefone: (86) 9944-23807

CPF: 687.760.203-04 - RG: 1346197 - SUS: 898003432963558

End.: RENASCER OT QG C, 5 - CASA

Bairro: SAO LUIS

Civil: CASADO(A)

CEP: 64280-000

IBGE: 2202208

Cor: PARDA

Mãe: LINA CLARA DO VALE LOPES

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

Pai: RAIMUNDO NONATO LOPES

Clínica: CLINICA MEDICA

-Documento: 6460 - PATRICIA RODRIGUES VEIRA

Responsavel: SHARLES PATRICIA - IRMÃO(A)

438220

Procedimentos

06/08/2017 15:43

0301060118

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência☐ Laranja - Muito Urgente☒ Amarelo - Urgente☐ Verde - Pouco☐ Azul - Não Urgente

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTO

QUEIXA/HISTÓRIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TRAZIDO PELO SAMU, SUSPEITA DE FRATURA DE CLAVICULA ESQ. MID. INFORMA SER CARDIACA

OBSERVAÇÃO**SINAIS VITAIS**

PA: 180/90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA SER ALERGICA

MEDICAÇÃO USUAL**CONDUTA**

15:43h. Sem entrada trazido pelo SAMU/USB. vítima de acidente de trânsito apresentando lesão com fraturas na mão, fratura na clavícula e na mão. Realizado atendimento em local. Atendido pelo clínico. Transferido para transferência em ambulância do HREM. motorista Francisco do norte.

Alexandro Magalhães
ENFERMEIRO
CORREIA 416.222

DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2018
AGENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.007-170

Responsavel: SHARLES PATRICIA

438220 - PATRICIA RODRIGUES VEIRA

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERENCIA

DATA: 11/11/2018 HORA: 10:00 N° DO TELEFONE: 3333

HOSPITAL SOLICITANTE: Unidade de Pronto Atendimento - UPA MUNICÍPIO: Campanário

MÉDICO: Dr. João Carlos de Almeida CRM: 10000

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Roberto Carlos de Almeida

Idade: 13 anos Sexo: () Masculino () Feminino

HDA: Unidade de Pronto Atendimento - UPA

Atendimento realizado em 11/11/2018

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - A dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax: 100 °C P: 70 bpm R: 12 mm PA: 110/70 mmHg Sat O₂: 98 Glicemia: 100 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa
- () Aspiração () Medicação
- () Curativo () Outros:

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: Unidade de Pronto Atendimento - UPA

Clinica/Posto: Unidade de Pronto Atendimento - UPA Senha: 11/11/2018

Assinatura e carimbo do Médico
Assinatura: João Carlos de Almeida
CRM: 10000

<p>OPVAT</p> <p>CONTENIDO NÃO VERIFICADO</p> <p>08 JAN. 2018</p> <p>AGENTE SEGURADORA S.A.</p> <p>Rua Celso de Resende, 463 - Lapa</p> <p>Centro - Maceió - AL - CEP: 57.000-000</p>
--



REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado USB	02 Data do chamado 06/08/13	03 PRO (código) 0826	04 Saída do PA 15:19	05 Chegada ao local 15:22
	06 Saída do local 15:36	07 Chegada ao 1º hospital 15:40	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. João Paulino	11 Bairro Centro	12 Município-UF C. Maior	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome Roberto Benvenuto da Silva	15 Sexo 1-Masculino 2-Feminino 3-Ignorado			
	16 Idade 43	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 3-Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 17 - Já removido 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 18 - Falso chamado 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 7 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
Exame Físico	23 Glasgow =		RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais
	ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 4 - Nenhuma		5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	Pulso Resp. PA 140x80 TAX SatO2
Exame Físico	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Escala de Dor de 0 a 10
	1 - Iguais 2 - Desiguais	Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa 4 10
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				
	32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada 34 Óbito				
Hospital de Destino	35 Observações interdisciplinares				
	36 Responsável pela recepção 37 Socorristas Médico 38 Enfermeiro 39 Condutor				

RELATÓRIO DO EXAME ELETRONEUROMIOGRÁFICO

NOME: Roberto Rene do Vale Lopes
MÉDICO: Dr. Fernando Couto de Oliveira

Data: 05/09/2017
Nº Exame: 02227

DESCRIÇÃO:

Exame Eletromiográfico realizado com Eletromiógrafo NICOLET VIKING QUEST e eletrodos de agulha. A Temperatura é medida com termômetro infravermelho de mira laser e mantida igual ou acima de 32° C no dorso da falange distal do 2º dedo (MMSS) e 28° C no dorso do hálux (MMIT).

Velocidade de condução nervosa sensitiva não obtida para nervo Fibular superficial direito no segmento perna-tornozelo e normal para nervo Fibular superficial esquerdo no mesmo segmento.

Amplitude do potencial de ação do nervo sensitivo normal para nervo Fibular superficial esquerdo.

Velocidade de condução nervosa motora normal para nervo Tibial direito no segmento joelho-tornozelo e não obtida para nervo Fibular profundo direito no mesmo segmento.

Amplitude do potencial de ação muscular composto diminuída para nervo Tibial direito.


O estudo da atividade mioelétrica mostrou-se normal nos pontos musculares examinados do Vasto medial direito, Tibial anterior direito e Gastrocnêmio medial direito, sem sinais de desnervação em repouso; redução moderada dos potenciais de ação de unidade motora nos pontos musculares examinados do Abdutor hálux direito; redução da maioria dos potenciais de ação de unidade motora nos pontos musculares examinados do Extensor curto dedos pé direito, com aumento da proporção de potenciais polifásicos e sinais de desnervação em repouso (fibrilações e ondas positivas).

CONCLUSÃO:

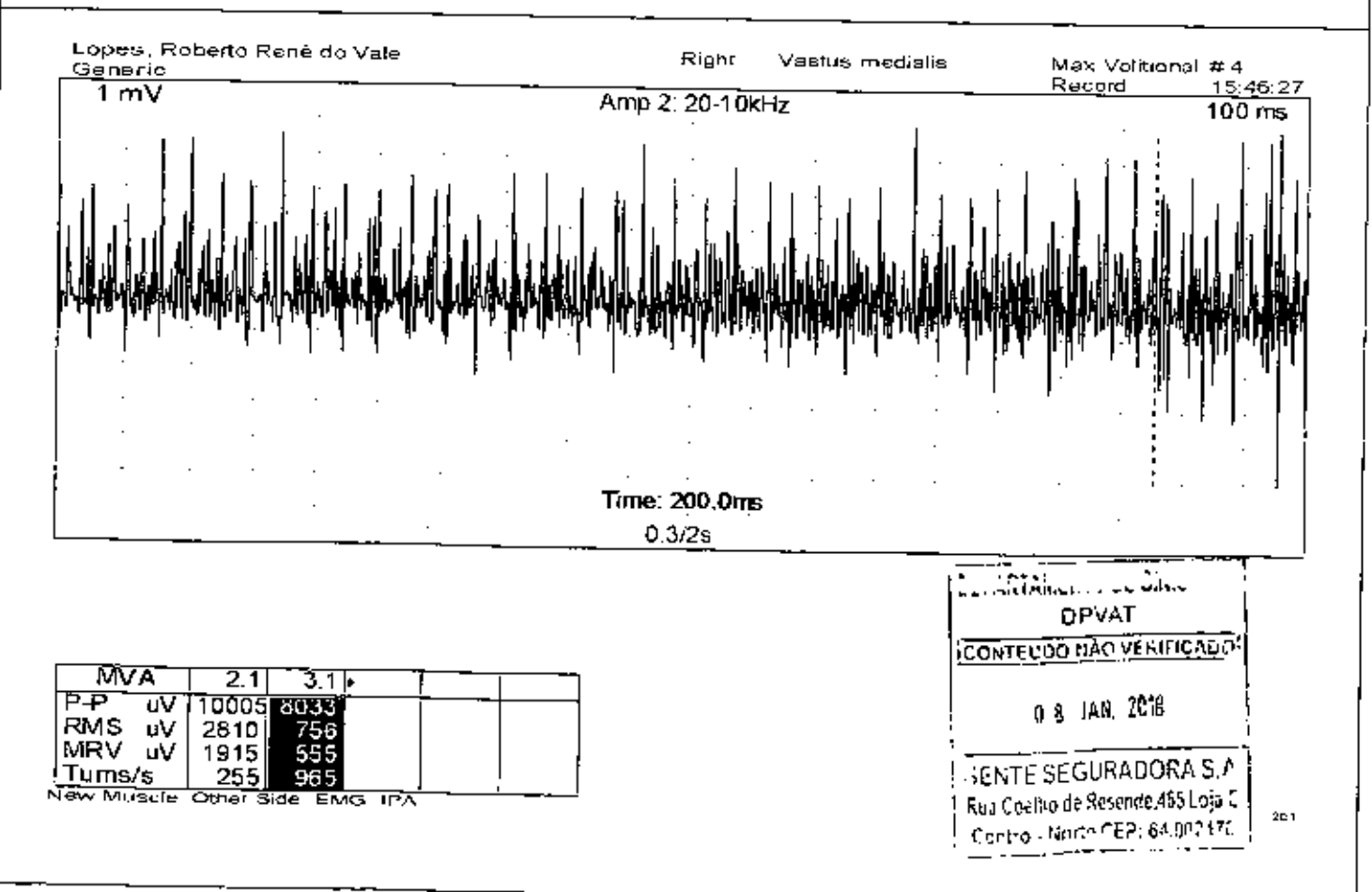
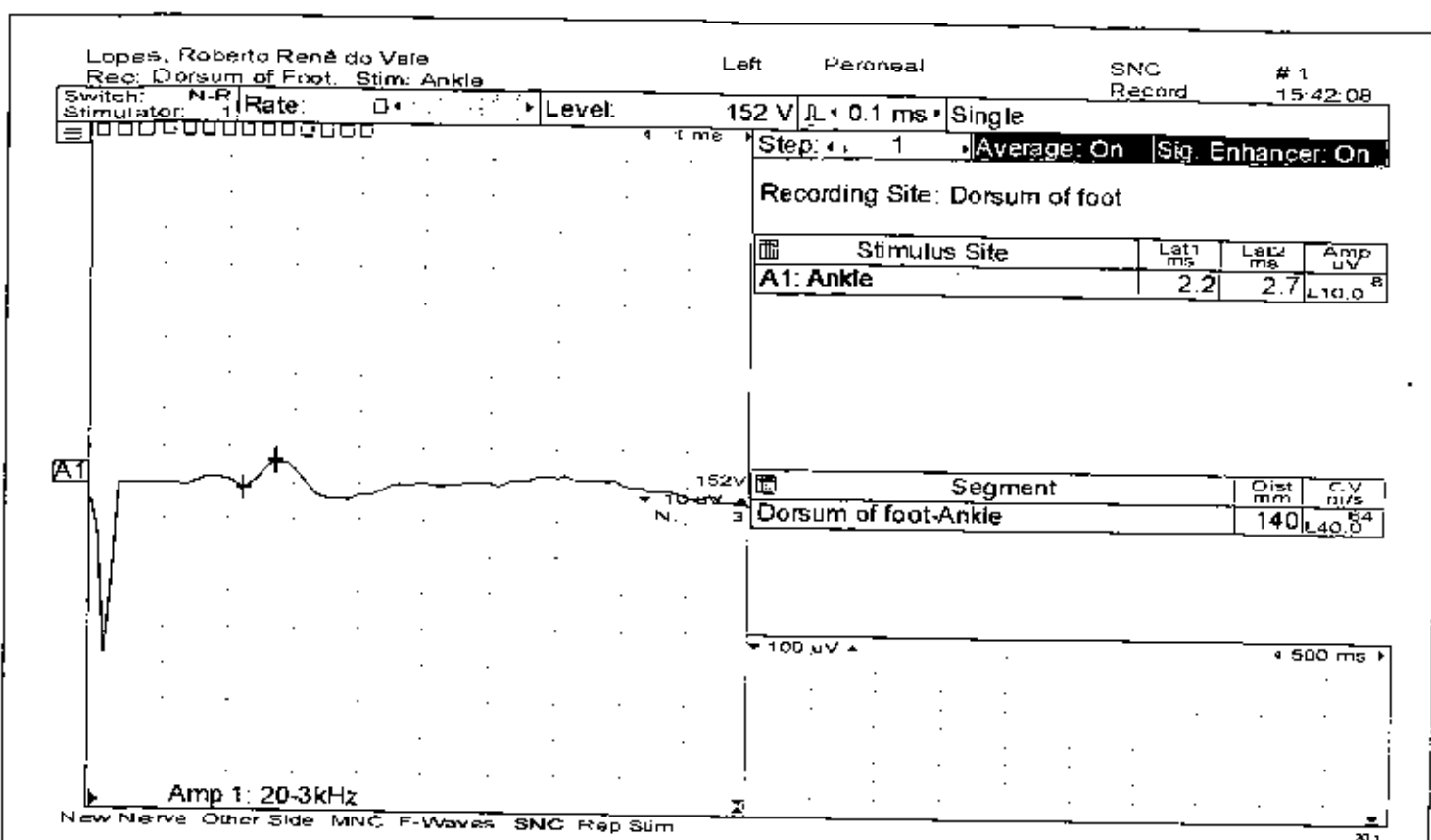
Exame eletroneuromiográfico de processo neurológico periférico compatível com:

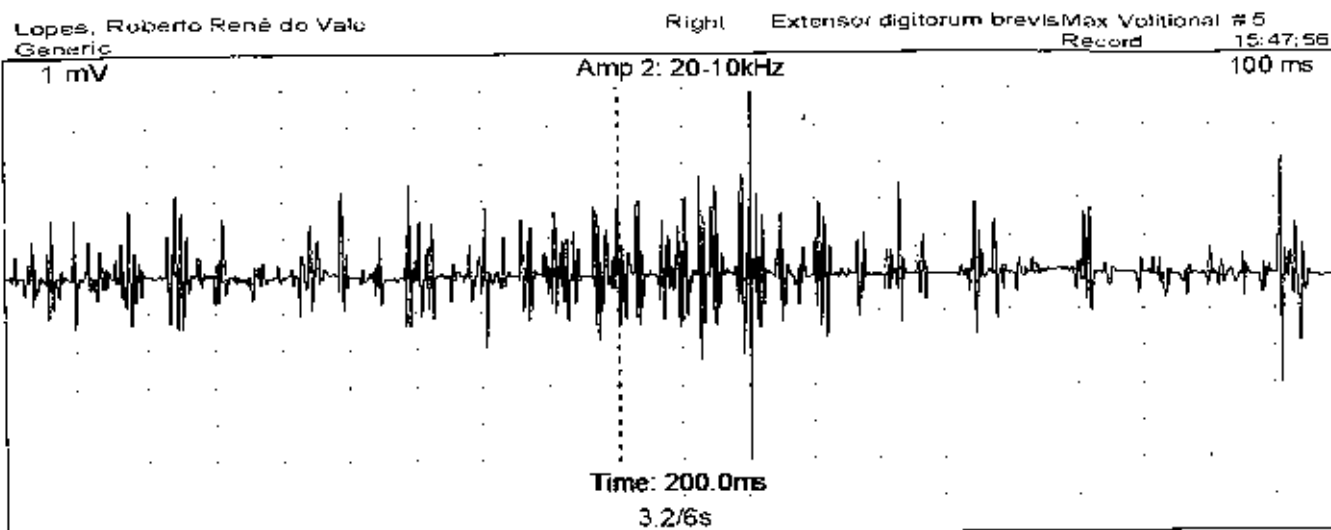
- 1) Neuropatia axonal severa do Nervo Fibular Direito ao nível do terço distal da perna com intensa desnervação.
- 2) Neuropatia axonal moderada do Nervo Tibial Direito.

IMPORTANTE: * Ver gráficos e tabela de valores normais em anexo.


Dr. José Tupinambá Sousa Vasconcelos
CRM - 1353

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2019
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Resende, 555 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.007-170

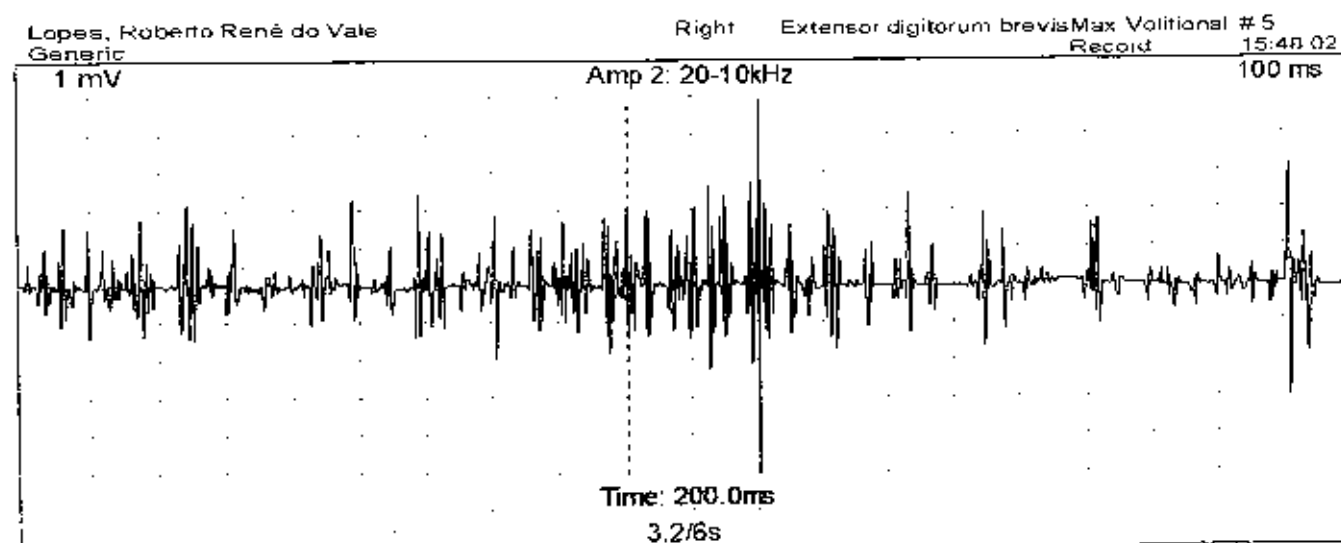




MVA	1.1	2.1	3.1		
P-P μ V	9148	4160	5078		
RMS μ V	1740	469	651		
MRV μ V	1251	302	393		
Tums/s	405	475	475		

New Muscle Other Side EMG IPA

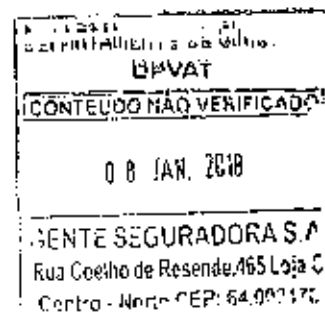
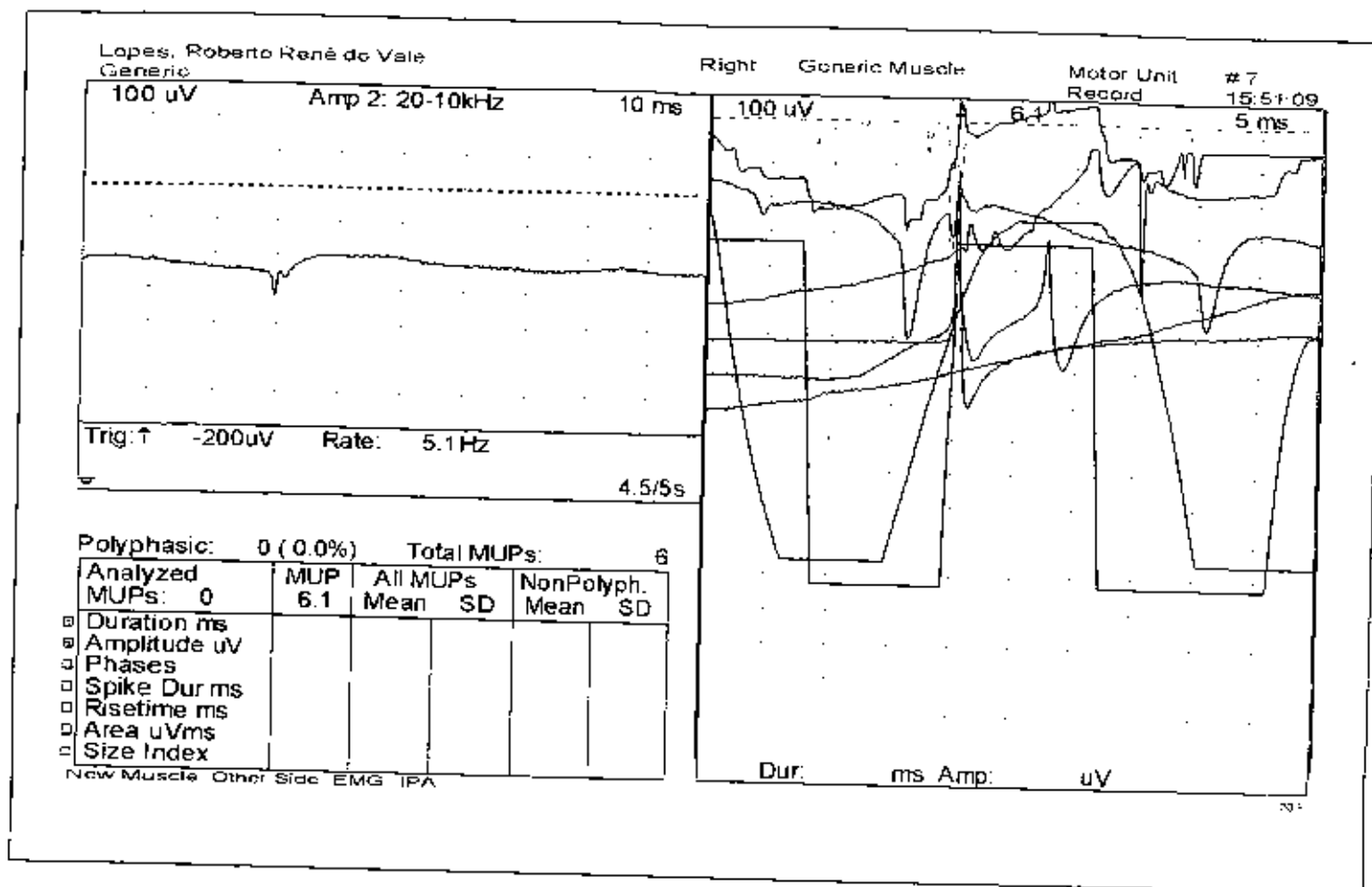
201



MVA	1.1	2.1	3.1		
P-P μ V	9148	4160	5078		
RMS μ V	1740	469	651		
MRV μ V	1251	302	393		
Tums/s	405	475	475		

New Muscle Other Side EMG IPA

DEPARTAMENTO DE ORTÓ
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 JAN 2018
AGENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Niterói CEP: 64.002-100





ENDOGRAFOS

INSTITUTO DE AVALIAÇÃO EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA E ELETRONEUROMIOGRAFIA LTDA

Nome: **Roberto Rene do Vale Lopes**

Médico: **Fernando Couto de Oliveira**

Nº Exame: **02227/2017**

Idade: **43 anos**

Profissão: **Vendedor**

Data: **05/09/2017**

ELETRONEUROGRAFIA

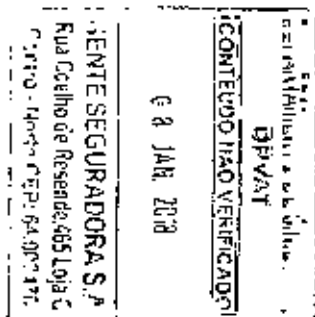
Temperatura ambiente: **28 °C**

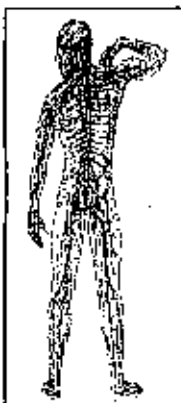
Velocidade de Condução Sensitiva: **Antidrômica**

Nº	NERVO	PONTO DE ESTIMULAÇÃO	PONTO DE REGISTRO	LATÊNCIA (ms)	AMPLITUDE (µV)	DISTÂNCIA (cm)	VELOCIDADE DE CONDUÇÃO (m/s)
01	Fibular Superficial direito	Perna	tornozelo	-	-	14,0	Não Obtida
02	Fibular Superficial esquerdo	Perna	tornozelo	2,2	8,0	14,0	64,0

* Latência do potencial de ação do nervo sensitivo (PANS) medida a partir do início da deflexão negativa se PANS bifásico ou no pico da deflexão positiva se PANS trifásico.

* Temperatura medida com termômetro infravermelho de mira laser mantida igual ou acima de 32° C no dorso da falange distal do 2º dedo (MMSS) e 28° C no dorso do lálux (MMIS).





ENDOGRAFOS

INSTITUTO DE AVALIAÇÃO EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA E ELETRONEUROMIOGRAFIA LTDA

Nome: **Roberto Rene do Vale Lopes**

Idade: **43 anos**

Médico: **Fernando Couto de Oliveira**

Profissão: **Vendedor**

Nº Exame: **02227/2017**

Data: **05/09/2017**

ELETRONEUROGRAFIA

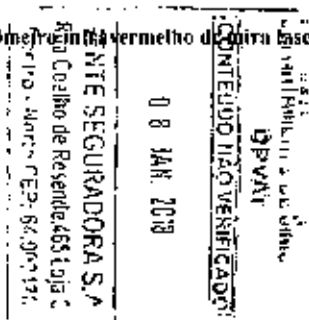
Temperatura ambiente: **28 °C**

Velocidade de Condução Motora:

Nº	NERVO	EST. PROXIMAL	LAT. (ms)	AMP. (mV)	EST. DISTAL	LAT. (ms)	AMP. (mV)	PONTO DE REGISTRO	DIST. (ms)	VELOCIDADE DE CONDUÇÃO (m/s)
01	Fibular profundo direito	joelho	-	-	tornozelo	-	-	Extensor Curto Dedos do Pé	-	Não Obtida
02	Tibial direito	joelho	15,8	3,2	tornozelo	5,5	3,3	Abdutor do Hálux	44,0	43,0

* Latência do potencial de ação do nervo motor (PAMC) medida a partir do início da deflexão negativa.

* Temperatura medida com termômetro na palma da mão mantida igual ou acima de 32° C no dorso da falange distal do 2º dedo (MMSS) e 28° C ao dorso do hálux (MMII).





ENDOGRAFOS

INSTITUTO DE AVALIAÇÃO EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA E ELETRONEUROMIOGRAFIA LTDA

Nome: **Roberto Rene do Vale Lopes**
Médico: **Fernando Couto de Oliveira**
Nº Exame: **02227/2017**

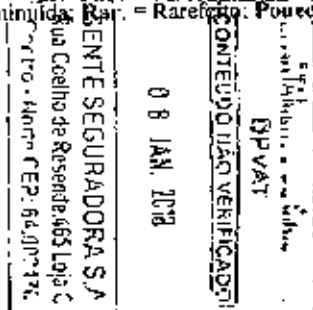
Idade: **43 anos**
Profissão: **Vendedor**
Data: **05/09/2017**

ELETROMIOGRAFIA

	MÚSCULO	NERVO	RAIZ	REPOUSO	POTENCIAL DE AÇÃO DE UNIDADE MOTORA			
					AMP.	DURAÇÃO	POTENCIAL POLIFÁSICO	RECRUTAMENTO
01	Vasto Medial Direito	Femoral	L2 3 4	SE	NL	NL	NL	NL
02	Tibial Anterior Direito	Fibular Profundo	L4 5	SE	NL	NL	NL	NL
03	Gastrocnêmio Medial Direito	Tibial	S1 2	SE	NL	NL	NL	NL
04	Extensor Curto Dedos Pé Direito	Fibular Profundo	L4 5 S1	Fib. + Ondas Pos.	NL	NL	Aum.	Muito rar.
05	Abdutor Hálux Direito	Tibial-Plantar Medial	L5 S1 2	Fib. + Ondas Pos.	NL	NL	NL	Rar.

LEGENDA:

Fib. = Fibrilações; Ondas Pos. = Ondas Positivas; Fasc. = Fasciculações; Desc. Rep. Comp. = Descargas Repetitivas Complexas; NL = Normal; SE = Silêncio Elétrico; AUS = Ausente; Aum. = Aumentada; Dim. = Diminuída; Rar. = Rarfeito; Pouco Rar. = Pouco Rarefeito; Muito Rar. = Muito Rarefeito; Raros PAUM = Raros Potenciais de ação de unidade motora.



ESTUDO DE NEUROCONDUÇÃO VALORES NORMAIS NO ADULTO

NEUROCONDUÇÃO SENSITIVA

NERVO	Registro	Amplitude (μ V)	Condução Velocidade (m/s)	Latência Distal (ms)	Distância Distal (cm)
Mediano	2º dedo	≥ 20	≥ 50	$\leq 3,5$	13,0
Ulnar	5º dedo	≥ 17	≥ 50	$\leq 3,1$	11,0
Radial Superficial	dorso da mão	≥ 15	≥ 50	$\leq 2,9$	10,0
Cutâneo Dorsal do Ulnar	espaço interdigital 4º - 5º dedos	≥ 8	≥ 50	$\leq 2,5$	8,0
Cutâneo Lateral do Antebraço	antebraço lateral	≥ 10	≥ 55	$\leq 3,0$	12,0
Cutâneo Medial do Antebraço	antebraço medial	≥ 5	≥ 50	$\leq 3,2$	12,0
Sural	maléolo externo	≥ 6	≥ 40	$\leq 4,4$	14,0
Fibular Superficial	tornozelo	≥ 6	≥ 40	$\leq 4,4$	14,0
Safeno	tornozelo medial	≥ 4	≥ 40	$\leq 4,4$	14,0
Plantar Medial	tornozelo medial	≥ 2	≥ 35		Variável
Plantar Lateral	tornozelo medial	≥ 1	≥ 35		Variável
Calcâneo	calcâneo medial	≥ 5	≥ 50	$\leq 2,0$	Variável

NEUROCONDUÇÃO MOTORA

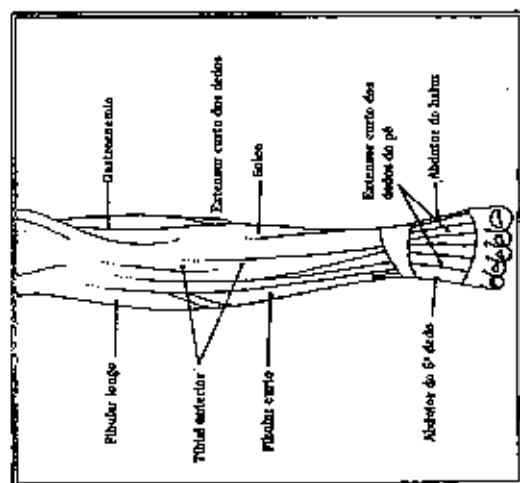
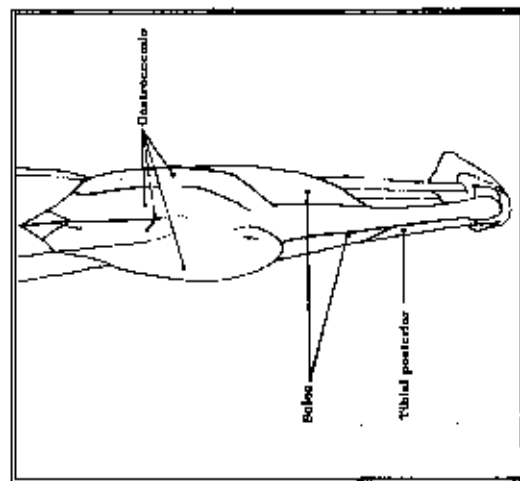
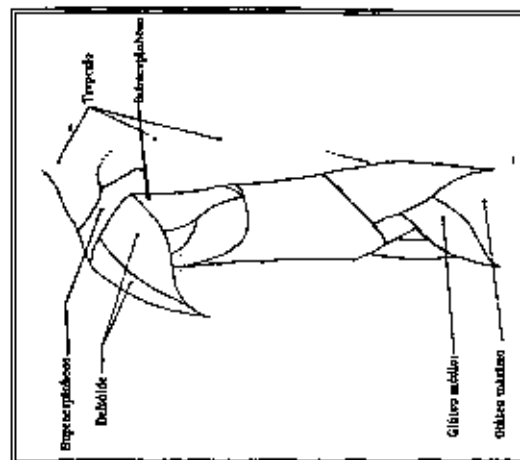
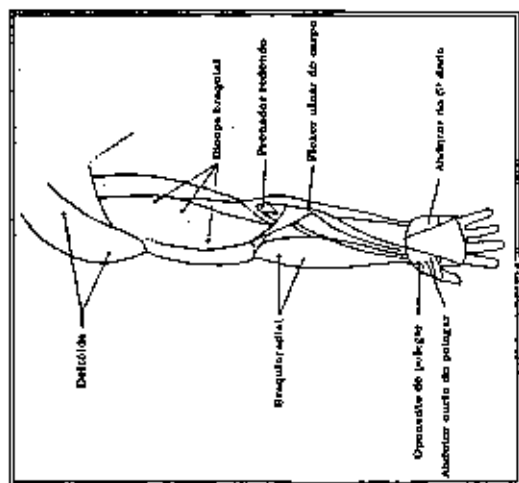
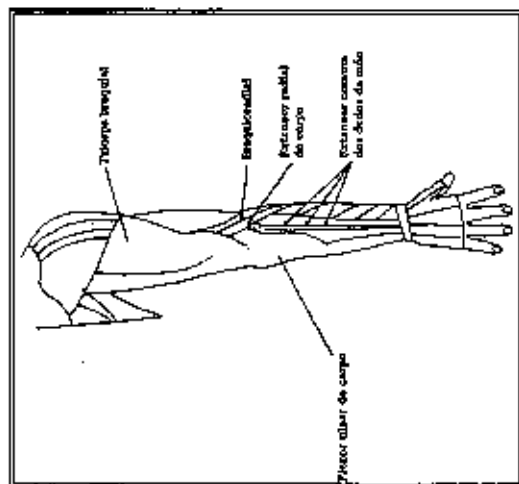
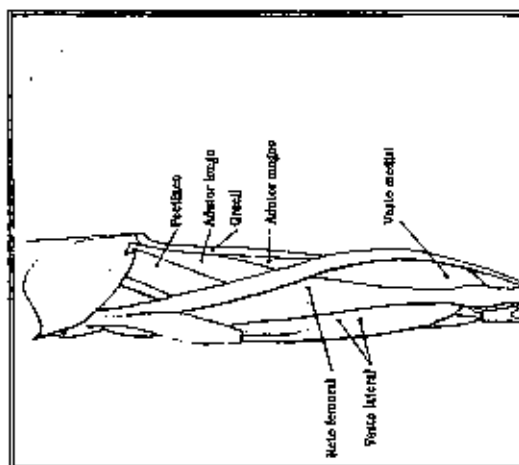
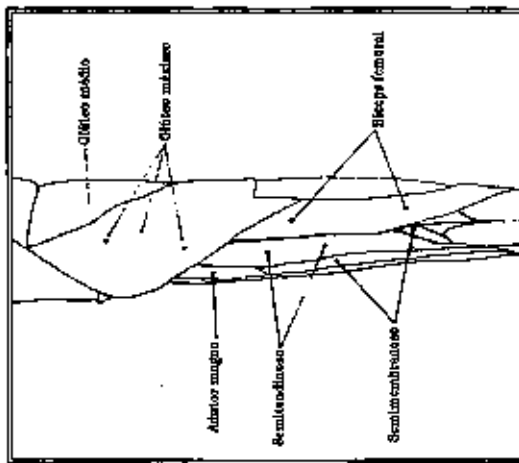
NERVO	Registro	Amplitude (μ V)	Condução Velocidade (m/s)	Latência Distal (ms)	Distância Distal (cm)
Mediano	Abdutor curto do polegar	$\geq 4,0$	≥ 49	$\leq 4,4$	7,0
Ulnar	Abdutor do 5º dedo	$\geq 6,0$	≥ 49	$\leq 3,3$	7,0
Ulnar	1º Interósseo dorsal	$\geq 7,0$	≥ 49	$\leq 4,5$	8,0 - 12,0
Radial	Extensor próprio do indicador	$\geq 2,0$	≥ 49	$\leq 2,9$	4,0 - 6,0
Tibial	Abdutor do hálux	$\geq 4,0$	≥ 41	$\leq 5,8$	9,0
Tibial	Abdutor do 5º dedo do pé	$\geq 3,0$	≥ 41	$\leq 6,3$	10,0
Fibular	Extensor curto dedos do pé	$\geq 2,0$	≥ 44	$\leq 6,5$	9,0
Fibular	Tibial anterior	$\geq 5,0$	≥ 44	$\leq 6,7$	5,0 - 10,0

RESPOSTAS TARDIAS

NERVO	ONDA F Latência (F) Mínima (ms)	REFLEXO H Latência (H) Mínima (ms)
Mediano	$\leq 31,0$	
Ulnar	$\leq 32,0$	
Tibial	$\leq 56,0$	$\leq 34,0$
Fibular	$\leq 56,0$	N/A

COMPANHIA S. A.
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2018
SENTE SEGURADORA S. A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.000-070

TERRITÓRIOS MUSCULARES EXAMINADOS



INSTRUMENTAÇÃO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2010
CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rosende, 485 Loja C
Centro - Niterói CEP: 24.007-176



CLÍNICA
ENDO GRAFOS
APARELHO LOCOMOTOR E DIGESTIVO

* REUMATOLOGIA GERAL E PEDIÁTRICA
* COLOPROCTOLOGIA
* GASTROENTEROLOGIA
* GASTROPEDIATRIA
* HEPATOLOGIA (DOENÇAS DO FÍGADO)
* ORTOPEDIA
* CLÍNICA MÉDICA
* PEDIATRIA
* GINECOLOGIA
* NEUROLOGIA
* NEUROCIRURGIA
* CIRURGIA GERAL
* INFECTOLOGIA
* ENDOCRINOLOGIA
* GERIATRIA

* EXAMES DE LABORATÓRIO
* FISIOTERAPIA
* HIDROTERAPIA
* RPG
* ELETRONEUROMIOGRAFIA
* RAIO X
* ULTRASSONOGRAFIA
* DENSITOMETRIA ÓSSEA
* VIDEODOSCÓPIA DIGESTIVA
* VIDEOLONOSCOPIA
* RETOSSIGMOIDOSCOPIA
* PESQUISA DO H. PYLORI
* FIMETRIA ESOFÁGICA

RELATÓRIO DO EXAME ELETRONEUROMIOGRÁFICO

NOME: Roberto Rene do Vale Lopes
MÉDICO: Dr. Igor Damasceno Assunção Araújo

Data: 20/11/2017
Nº Exame: 02422

DESCRIÇÃO:

Exame Eletromiográfico realizado com Eletromiógrafo NICOLET VIKING QUEST e eletrodos de agulha. A Temperatura é medida com termômetro infravermelho de mira laser e mantida igual ou acima de 32° C no dorso da falange distal do 2º dedo (MMSS) e 28° C no dorso do hálux (MMII).

Velocidade de condução nervosa sensitiva não obtida para nervo Sural direito no segmento panturrilha-maléolo externo e normal para nervo Sural esquerdo no mesmo segmento; não obtida para nervo Fibular superficial direito no segmento perna-tornozelo e normal para nervo Fibular superficial esquerdo no mesmo segmento.

Amplitude do potencial de ação do nervo sensitivo normal para nervos Sural esquerdo e Fibular superficial esquerdo.

Velocidade de condução nervosa motora normal para nervos Tibial direito e Fibular profundo direito no segmento joelho-tornozelo.

Amplitude do potencial de ação muscular composto normal para nervos Tibial direito e Fibular profundo direito.

O estudo da atividade mioelétrica mostrou-se normal nos pontos musculares examinados do Vasto medial direito, sem sinais de desnervação em repouso; redução de alguns potenciais de ação de unidade motora nos pontos musculares examinados do Abdutor hálux direito; raros potenciais de ação de unidade motora nos pontos musculares examinados do Tibial anterior direito e Extensor curto dedos pé direito, com potenciais de ação de unidade motora de amplitude e duração aumentadas e ausência da proporção de potenciais polifásicos e sinais de desnervação em repouso (fibrilações e ondas positivas).

CONCLUSÃO:


Exame eletroneuromiográfico de processo neurológico periférico compatível com:

- 1) Neuropatia axonal severa do Nervo Fibular Direito na perna, com sinais de reinervação em curso.
- 2) Neuropatia axonal leve do Nervo Tibial Direito com reinervação em curso.
(observação abaixo)

OBSERVAÇÃO:

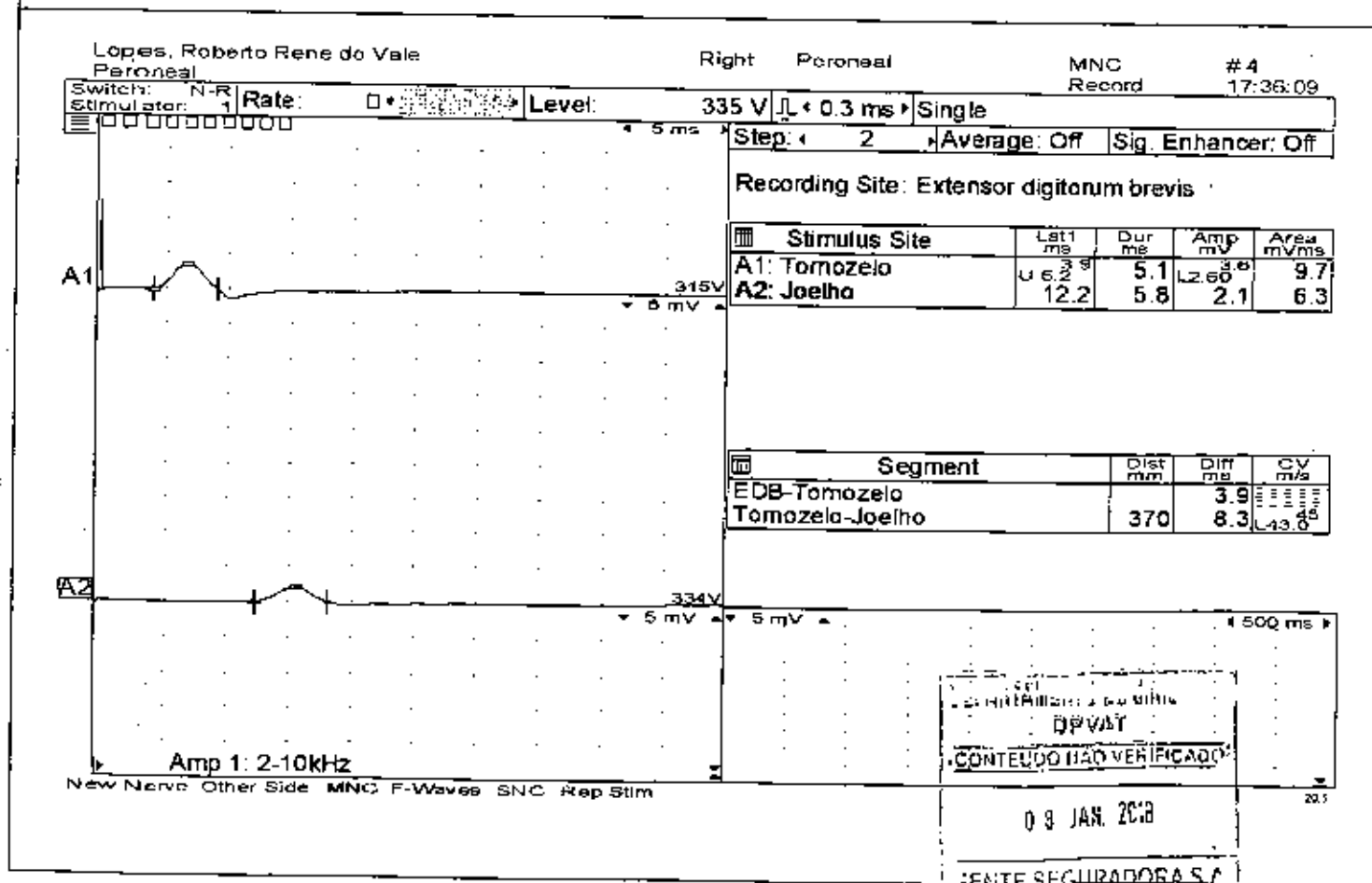
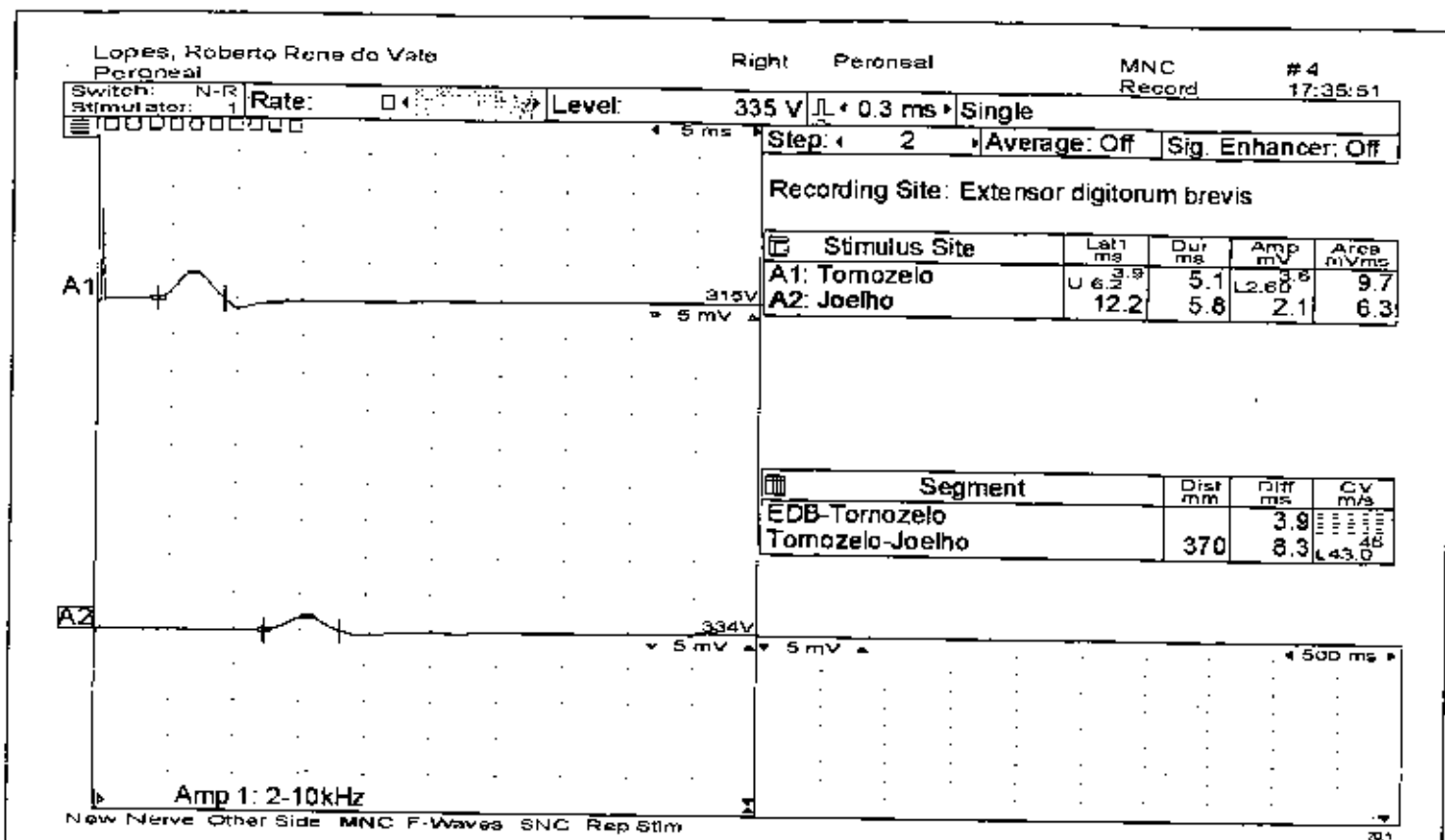
O exame atual mostra melhora eletrofisiológica em relação ao exame realizado em 05/09/2017.

IMPORTANTE: * Ver gráficos e tabela de valores normais em anexo.


Dr. José Tupinambá Sousa Vasconcelos
CRM - 1353

CONTABILIDADE
CPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2018
SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói - RJ - 24.000-170

Nicolet VikingSelect VIASYS Healthcare Neurocare



03 JAN 2018

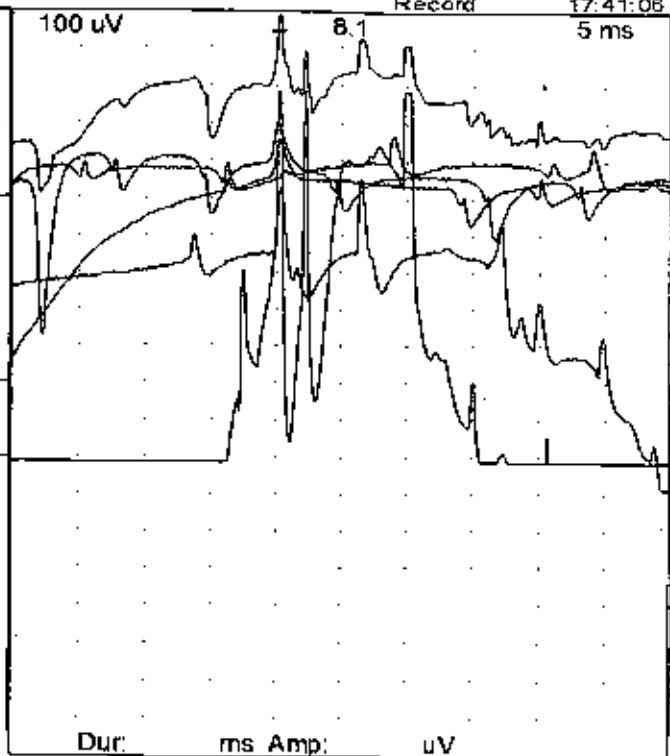
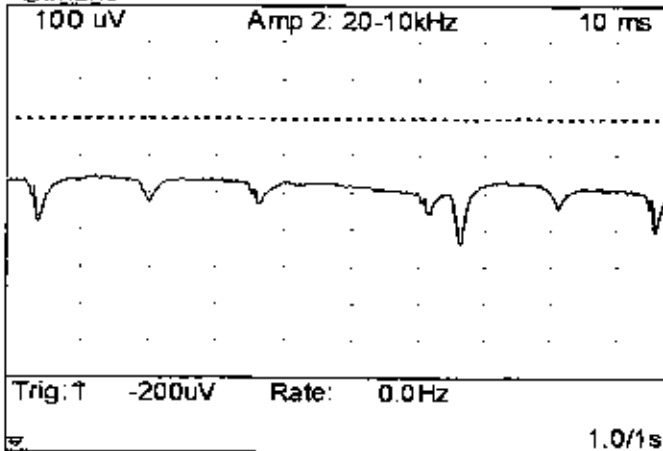
ENTE SEGURADORA S/A

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - N.º 652-64.000-17

Lopes, Roberto Rene do Vale
Generic

Right Tibialis anterior

Motor Unit
Record#6
17:41:06

Polyphasic: 0 (0.0%) Total MUPs: 8

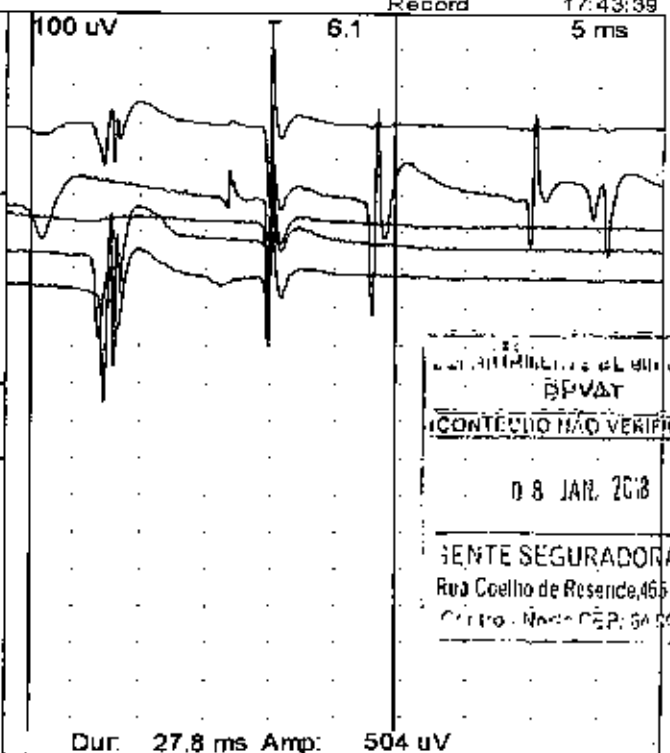
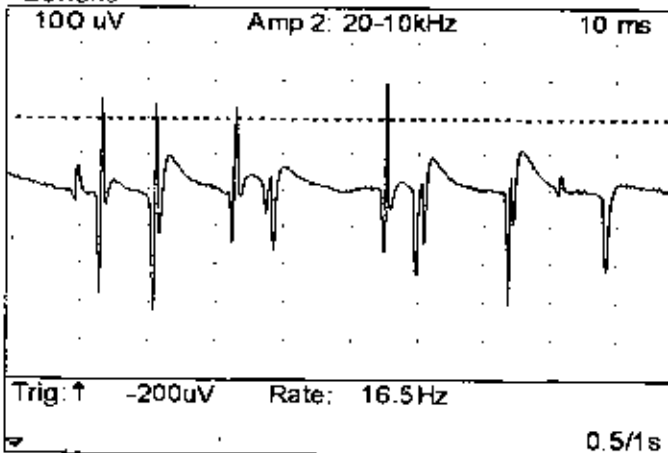
Analyzed MUPs: 0	MUP 8.1	All MUPs Mean	SD	NonPolyph. Mean	SD
Duration ms					
Amplitude μ V					
Phases					
Spike Dur ms					
Risetime ms					
Area μ Vms					
Size Index					

New Muscle Other Side EMG IPA

201

Lopes, Roberto Rene do Vale
Generic

Right

Extensor digitorum brevis Motor Unit
Record#7
17:43:39

Polyphasic: 1 (100%) Total MUPs: 5

Analyzed MUPs: 1	MUP 6.1	All MUPs Mean	SD	NonPolyph. Mean	SD
Duration ms	27.8	27.8	0.0		
Amplitude μ V	504	504	0		
Phases	8	8.0	0.0		
Spike Dur ms	13.5	13.5	0.0		
Risetime ms	0.2	0.2	0.0		
Area μ Vms	585	585	0		
Size Index	0.57	0.57	0.00		

New Muscle Other Side EMG IPA

DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE DO LAUDO
BPVAT

CONTENIDO NÃO VERIFICADO

08 JAN 2018

AGENTE SEGURADORA S. /
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
Centro - Niterói - RJ - CEP: 24030-170

201

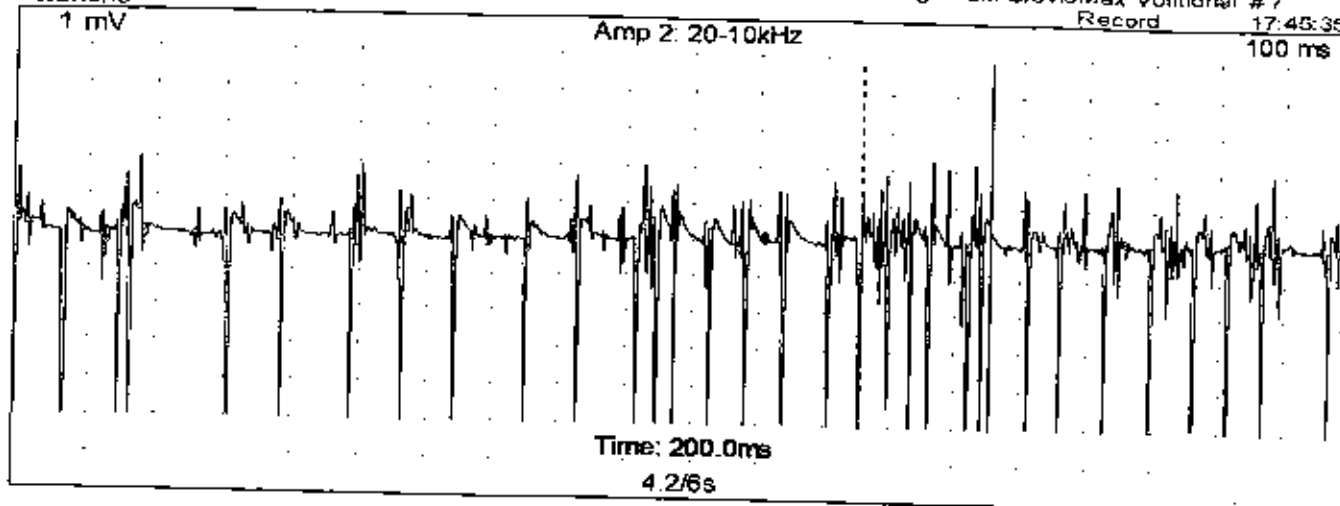
Lopes, Roberto Rene do Vale
Generic

Right Extensor digitorum brevisMax Volitional # 7

1 mV

Amp 2: 20-10kHz

Record 17:43:35
100 ms



MVA	7.1	8.1			
P-P uV	7520	7303			
RMS uV	2875	1065			
MRV uV	1931	572			
Turns/s	50	390			

New Muscle Other Side EMG IPA

20

Lopes, Roberto Rene do Vale
Generic

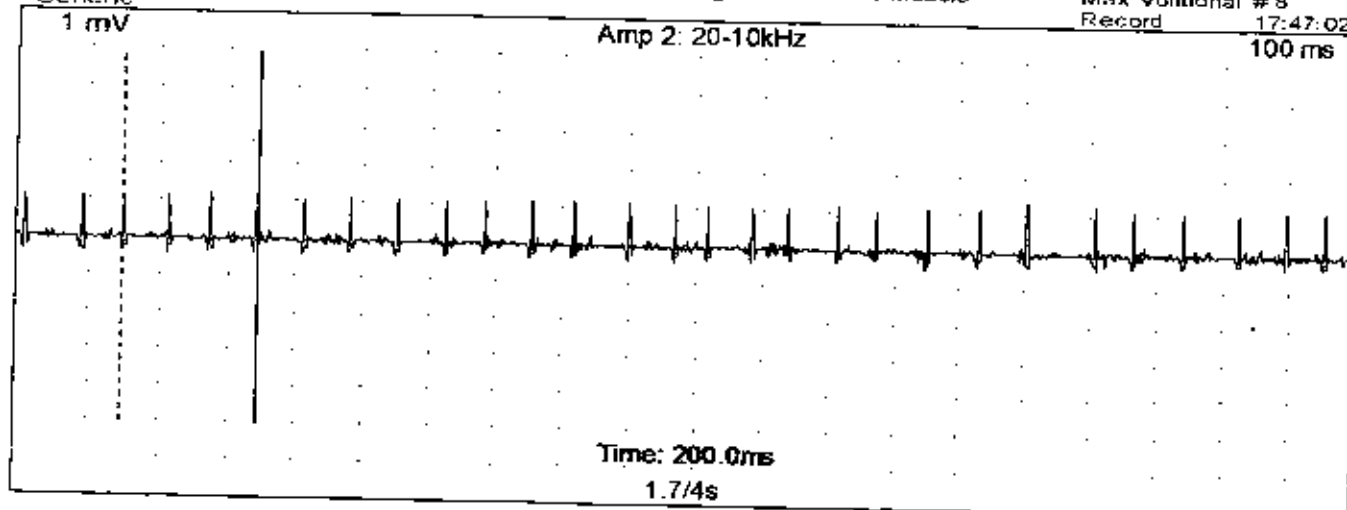
Right Generic Muscle

Max Volitional # 8

1 mV

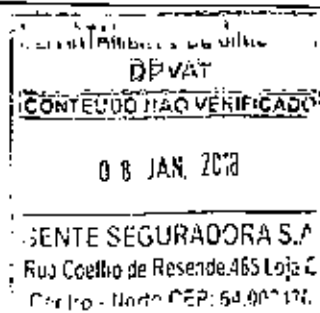
Amp 2: 20-10kHz

Record 17:47:02
100 ms



MVA	1.1	2.1			
P-P uV	10005	1682			
RMS uV	2714	163			
MRV uV	2068	65			
Turns/s	60	180			

New Muscle Other Side EMG IPA



20.1

ENDOGRAFOS

INSTITUTO DE AVALIAÇÃO EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA E ELETRONEUROMIOGRAFIA LTDA

Nome: **Roberto Rene do Vale Lopes**
Médico: **Igor Damasceno Assunção Araújo**
Nº Exame: **02422/2017**

Idade: **44 anos**
Profissão: **Vendedor externo**
Data: **20/11/2017**

ELETRONEUROGRAFIA

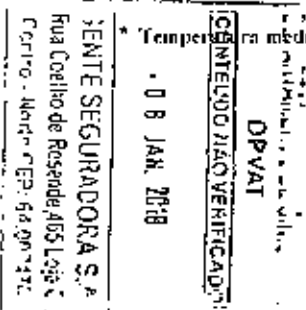
Temperatura ambiente: 28 °C

Velocidade de Condução Sensitiva: Antidrômica

Nº	NERVO	PONTO DE ESTIMULAÇÃO	PONTO DE REGISTRO	LATÊNCIA (ms)	AMPLITUDE (µV)	DISTÂNCIA (cm)	VELOCIDADE DE CONDUÇÃO (m/s)
01	Sural direito	panturrilha	maléolo externo	-	-	14,0	Não Obtida
02	Sural esquerdo	panturrilha	maléolo externo	2,8	6,0	14,0	50,0
03	Fibular Superficial direito	Perna	tornozelo	-	-	14,0	Não Obtida
04	Fibular Superficial esquerdo	Perna	tornozelo	2,3	7,0	14,0	61,0

* Latência do potencial de ação do nervo sensitivo (PANS) medida a partir do início da deflexão negativa se PANS bifásico ou no pico da deflexão positiva se PANS trifásico.

* Temperatura medida com termômetro infravermelho de linha laser mantida igual ou acima de 32° C no dorso da falange distal do 2º dedo (MMSS) e 28° C no dorso do hálux (MMII).



ENDOGRAFOS

INSTITUTO DE AVALIAÇÃO EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA E ELETRONEUROMIOGRAFIA LTDA

Nome: **Roberto Rene do Vale Lopes**

Idade: **44 anos**

Médico: **Igor Damasceno Assunção Araújo**

Profissão: **Vendedor externo**

Nº Exame: **02422/2017**

Data: **20/11/2017**

ELETRONEUROGRAFIA

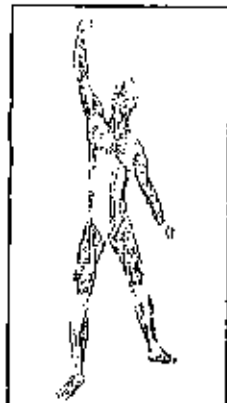
Temperatura ambiente: **28 °C**

Velocidade de Condução Motora:

Nº	NERVO	EST. PROXIMAL	LAT. (ms)	AMP. (mV)	EST. DISTAL	LAT. (ms)	AMP. (mV)	PONTO DE REGISTRO	DIST. (ms)	VELOCIDADE DE CONDUÇÃO (m/s)
01	Tibial direito	joelho	15,7	3,3	tornozelo	5,4	3,4	Abdutor Hálux	44,0	43,0
02	Fibular profundo direito	joelho	12,2	2,1	tornozelo	3,9	3,6	Extensor Curto Dedos do Pé	37,0	45,0

* Latência do potencial de ação do nervo motor (PAMC) medida a partir do início da deflexão negativa.

* Temperatura medida com termômetro infravermelho de mira laser mantida igual ou acima de 32° C no dorso da falange distal do 2º dedo (MMSS) e 28° C no dorso do hálux (MMII).



ENDOGRAFOS

INSTITUTO DE AVALIAÇÃO EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA E ELETRONEUROMIOGRAFIA LTDA

Nome: **Roberto Rene do Vale Lopes**
 Médico: **Igor Damasceno Assunção Araújo**
 Exame: **02422/2017**

Idade: **44 anos**
 Profissão: **Vendedor externo**
 Data: **20/11/2017**

SENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Maracá - CEP: 54.000-171
 08 JAN 2018
 CONTABILIDADE VERIFICADA
 GPVAT

ELETROMIOGRAFIA

	MÚSCULO	NERVO	RAIZ	REPOUSO	POTENCIAL DE AÇÃO DE UNIDADE MOTORA			
					AMP.	DURAÇÃO	POTENCIAL POLIFÁSICO	RECRUTAMENTO
01	Vasto Medial Direito	Femoral	L2 <u>3</u> 4	SE	NL	NL	NL	NL
02	Tibial Anterior Direito	Fibular Profundo	L4 <u>5</u>	Fib. + Ondas Pos.	Aum.	Aum.	Aus.	Raros PAUM
03	Extensor Curto Dedos Pé Direito	Fibular Profundo	L4 <u>5</u> S1	Fib. + Ondas Pos.	Aum.	Aum.	Aus.	Raros PAUM
04	Abdutor Hálux Direito	Tibial-Plantar Medial	L5 S1 <u>2</u>	Raras Fibrilações	Aum.	Aum.	Aum.	Pouco rar.

LEGENDA:

Fib. = Fibrilações; Ondas Pos. = Ondas Positivas; Fasc. = Fasciculações; Desc. Rep. Comp. = Descargas Repetitivas Complexas; NL = Normal; SE = Silêncio Elétrico; AUS = Ausente; Aum. = Aumentada; Dim. = Diminuída; Rar. = Rarefeito; Pouco Rar. = Pouco Rarefeito; Muito Rar. = Muito Rarefeito; Raros PAUM = Raros Potenciais de ação de unidade motora.

ESTUDO DE NEUROCONDUÇÃO VALORES NORMAIS NO ADULTO

NEUROCONDUÇÃO SENSITIVA

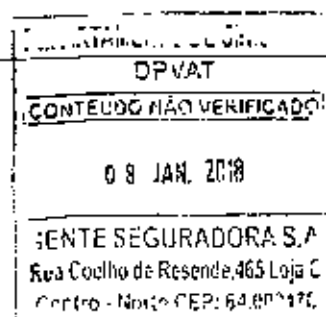
NERVO	Registro	Amplitude (μ v)	Condução Velocidade (m/s)	Latência Distal (ms)	Distância Distal (cm)
Mediano	2º dedo	≥ 20	≥ 50	$\leq 3,5$	13,0
Ulnar	5º dedo	≥ 17	≥ 50	$\leq 3,1$	11,0
Radial Superficial	dorso da mão	≥ 15	≥ 50	$\leq 2,9$	10,0
Cutâneo Dorsal do Ulnar	espaço interdigital 4º - 5º dedos	≥ 8	≥ 50	$\leq 2,5$	8,0
Cutâneo Lateral do Antebraço	antebraço lateral	≥ 10	≥ 55	$\leq 3,0$	12,0
Cutâneo Medial do Antebraço	antebraço medial	≥ 5	≥ 50	$\leq 3,2$	12,0
Sural	maléolo externo	≥ 6	≥ 40	$\leq 4,4$	14,0
Fibular Superficial	tornozelo	≥ 6	≥ 40	$\leq 4,4$	14,0
Safeno	tornozelo medial	≥ 4	≥ 40	$\leq 4,4$	14,0
Plantar Medial	tornozelo medial	≥ 2	≥ 35		Variável
Plantar Lateral	tornozelo medial	≥ 1	≥ 35		Variável
Calcâneo	calcâneo medial	≥ 5	≥ 50	$\leq 2,0$	Variável

NEUROCONDUÇÃO MOTORA

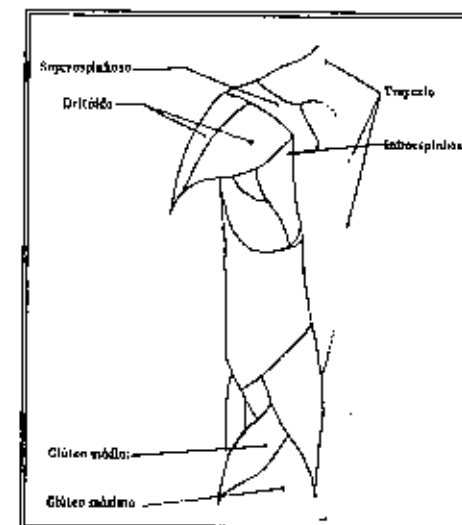
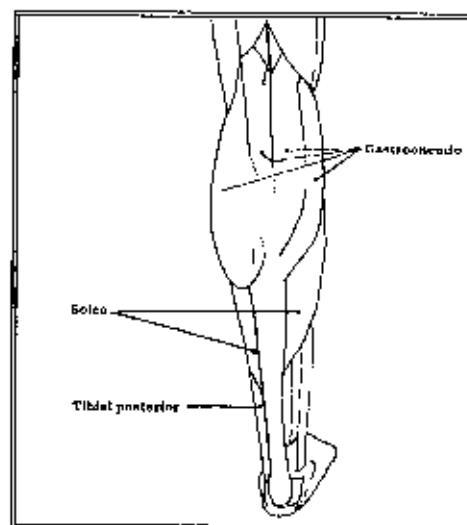
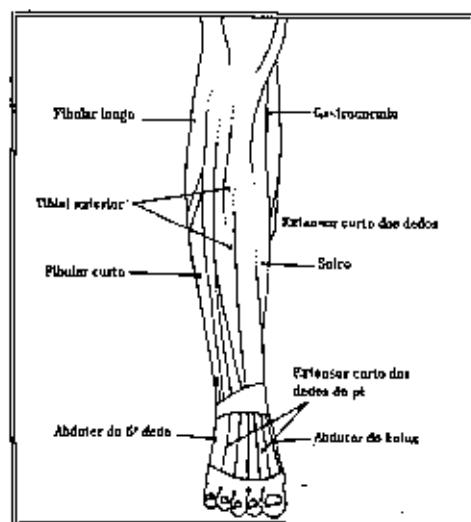
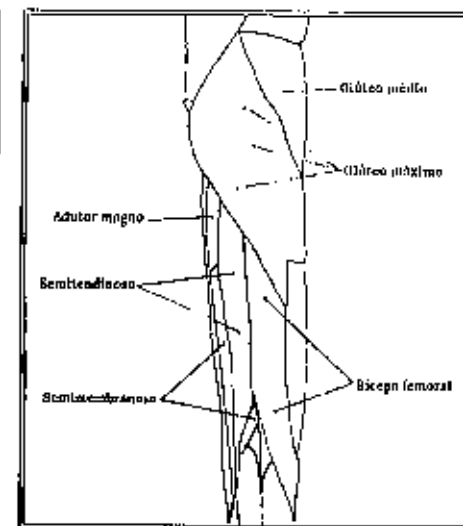
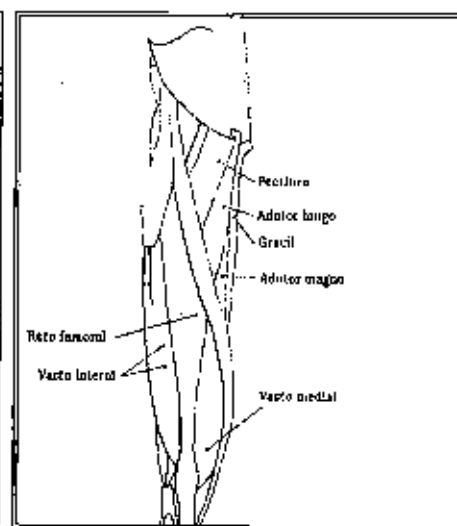
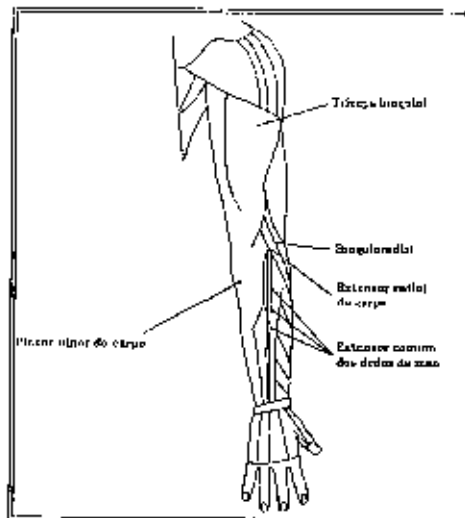
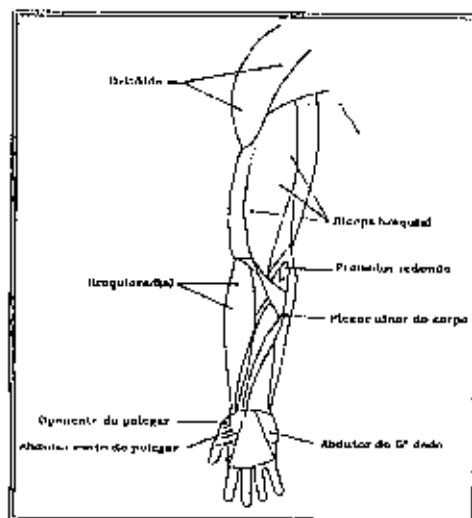
NERVO	Registro	Amplitude (μ v)	Condução Velocidade (m/s)	Latência Distal (ms)	Distância Distal (cm)
Mediano	Abdutor curto do polegar	$\geq 4,0$	≥ 49	$\leq 4,4$	7,0
Ulnar	Abdutor do 5º dedo	$\geq 6,0$	≥ 49	$\leq 3,3$	7,0
Ulnar	1º Interósseo dorsal	$\geq 7,0$	≥ 49	$\leq 4,5$	8,0 - 12,0
Radial	Extensor próprio do indicador	$\geq 2,0$	≥ 49	$\leq 2,9$	4,0 - 6,0
Tibial	Abdutor do hálux	$\geq 4,0$	≥ 41	$\leq 5,8$	9,0
Tibial	Abdutor do 5º dedo do pé	$\geq 3,0$	≥ 41	$\leq 6,3$	10,0
Fibular	Extensor curto dedos do pé	$\geq 2,0$	≥ 44	$\leq 6,5$	9,0
Fibular	Tibial anterior	$\geq 5,0$	≥ 44	$\leq 6,7$	5,0 - 10,0

RESPOSTAS TARDIAS





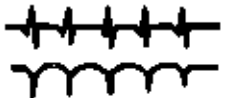


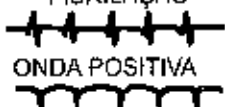



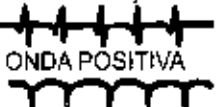
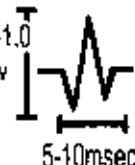



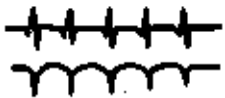



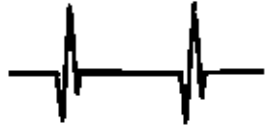



NERVO	ONDA F Latência (F) Mínima (ms)	REFLEXO H Latência (H) Mínima (ms)
Mediano	$\leq 31,0$	
Ulnar	$\leq 32,0$	
Tibial	$\leq 56,0$	$\leq 34,0$
Fibular	$\leq 56,0$	N/A



TERRITÓRIOS MUSCULARES EXAMINADOS



ACHADOS TÍPICOS EM ELETROMIOGRAFIA

LESÃO	NORMAL	LESÃO NEUROGÊNICA		LESÃO MIOGÊNICA		
Etapas de EMG		NEURÔNIO MOTOR INFERIOR	NEURÔNIO MOTOR SUPERIOR	MIOPATIA	MIOTONIA	POLIMIOSITE
ATIVIDADE INSERCIONAL	NORMAL 	AUMENTADA 		NORMAL 	DESCARGA MIOTÔNICA 	AUMENTADA 
ATIVIDADE ESPONTÂNEA		FIBRILAÇÃO ONDA POSITIVA 				FIBRILAÇÃO ONDA POSITIVA 
POTENCIAL DE UNIDADE MOTORA	0.5-1.0 mv 5-10msec 	UNIDADES MOTORAS GRANDES RECRUTAMENTO LIMITADO 	NORMAL 	UNIDADES MOTORAS DE PEQUENA AMPLITUDE 	DESCARGA MIOTÔNICA 	UNIDADES MOTORAS DE PEQUENA AMPLITUDE 
PADRÃO DE INTERFERÊNCIA	COMPLETO 	RAREFEITO 	RAREFEITO 	COMPLETA 	COMPLETA 	COMPLETA 
		TAXA DE DISPARO RÁPIDA	TAXA DE DISPARO LENTA	BAIXA AMPLITUDE	BAIXA AMPLITUDE	BAIXA AMPLITUDE

SETE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455, Lapa, C.
Rio de Janeiro - CEP: 22.250-000

09 JAN 2008

INSTITUTO DE REABILITAÇÃO
EPVAT
RUA DO RIO VERMELHO, 100
RIO DE JANEIRO - RJ

Nome: **ROBERTO RENÊ DO VALE LOPES**
Convênio: **UNIMED INTERCÂMBIO**
Solicitante: **Dr. FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA**
Código: **002999.29 [Ext]**

Idade: **44 anos**
Sexo: **MASC**
Data: **05/10/2017 09:44:00**

ULTRASSONOGRRAFIA DO OMBRO ESQUERDO

TÉCNICA:

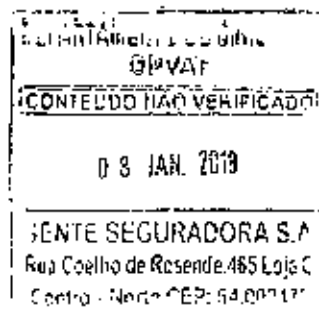
Exame ultrassonográfico realizado com transdutor de 12 MHz, de foco dinâmico.

ACHADOS:

- Tecido celular subcutâneo sem alterações.
- Tendão do supraespinhal com aumento de espessura e diminuição de ecogenicidade.
- Tendões do infraespinhal e subescapular com espessura normal e ecotextura homogênea.
- Tendão da cabeça longa do bíceps bem posicionado no sulco intertuberositário, sem acúmulo significativo de líquido em sua bainha.
- Não se observa líquido no interior da bursa subacromial subdeltoidea.
- Corticais ósseas regulares.
- Grupos musculares com troficidade preservada.
- Ligamento coracoacromial com espessura normal.
- Ausência de nódulos ou cistos.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Tendinopatia do supraespinhal.



Nota: Esse é um exame complementar e, como tal, deve ser avaliado pelo o médico assistente para correlação clínica e orientação terapêutica.

Dr. *Vitor Alves da Silva*
CRM-PI 3933

Agende sua consulta através de nosso site:
www.ortomedteresina.com

Ficha de Atendimento
Urgência / Adulto



321579

DADOS DO PACIENTE

Nome: ROBERTO RENE DO VALE LOPES
CPF: 68776020304
Mãe: LINA CLARA DO VALE LOPES
Carteirinha: 8650001153682005
Convênio: UNIMED INTERCAMBIO
Endereço: QD G CASA 05
CEP:

Idade: 43
Identidade / RG: 1346197
Pai:
Senha Aut: 103731602
Plano: UNIMED BASICO
Bairro: SAO LUIS
Cidade: CAMPO MAIOR

Dt. Nascimento: 21/08/1973 02:00:00
Sexo: M
Telefone: 994423807
Guia: 1065013
Validade: 30/06/2019
Complemento: CONJ RENASCER I
Estado: PIAUI

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 321579
Origem do Atendimento: URGÊNCIA
Médico: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Procedimento: CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

Prontuario: 52823

Data/Hora: 06/08/2017 16:35:56
Usuario: RLROCHA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:
Endereço:
Complemento:

Telefone:
Bairro:

QUILA 02146584

Assinatura Cliente/Responsável

08/08/2017 16:35:56
DE VAX
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2018
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Rocha, 465 Loja C
Centro - Niterói CEP: 54.001-177

Atendimento: 321579
Paciente: ROBERTO RENE DO VALE LOPES
Data de Nascimento: 21/08/1973
Médico Assistente: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Prestador Responsável: VICTORIA COSTA BOTELHO
Conselho / Número COREN 1079790

Idade: 43 Anos 11 Meses
Leito Atual:
Setor: RECEPÇÃO - PRONTO
ATENDIMENTO
Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

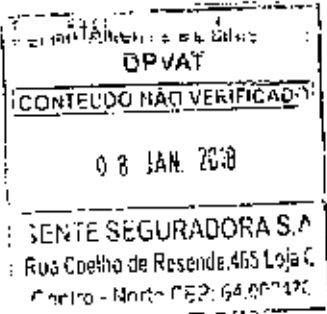
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 06/08/2017
Data anotação: 06/08/2017
Responsável: VICTORIA COSTA BOTELHO

Hora anotação: 18:50

Leito:

Anotação
18:30 PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR DE URGENCIA COM QUADRO DE TRAUMA APÓS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO AVALIADO PELO MEDICO ORTOPEDISTA. PUNÇIONADO COM JELCO N 18 + POLIFIXO. PREPARADO E ADM MEDICAÇÃO CPM CONSCIENTE. ORIENTADO, FASICO, RESPIRANDO AR AMBIENTE SEM APORTE DE O2. SEGUE EM OBSERVAÇÃO AOS CUIDADOS.



16
VICTORIA COSTA BOTELHO
COREN 1079790

HOSPITAL UNIMED TERESINA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: MMEDES
Em: 06/08/2017 19:22

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Paciente.: 52823 - ROBERTO RENE DO VALE LOPES
Prescrição.: 422520 Data: 06/08/2017 19:21
Atendimento.: 321579 Dt Nasc: 21/08/1973 (43a 11m 17d)
Convênio.: UNIMED INTERCAMBIO
Internação.: 06/08/2017 18:35 0 Dias(s) Int
Médico.: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S818 FERIM DE OUTR PARTES DA PERNA Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: MAURICIO FORTES MENDES - CRM: 2204
FUNÇÃO: MEDICO(A)

PRESCRIÇÃO MEDICA

EXAMES DE IMAGEM	Old	Unidade	SN	ApI	Frequência	Datas/Horários
1 RX COLUNA CERVICAL AP - LAT : Exame: 71987						
2 RX ARTICULACAO ESCAPULOUMERAL (OMBRO) ESQUERDO : Exame: 71987						
3 RX PERNA (DIREITO) : Exame: 71987						
4 RX TORAX - 1 INCIDENCIA : Exame: 71987						
5 RX BACIA : Exame: 71987						

Dr. Mauricio Fortes Mendes
Intelectualista Clínica Geral
CRM: 2204-01

MAURICIO FORTES MENDES
CRM 2204

08/08/2017 19:22
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2018
GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Rosende, 455 Loja C
Cidade - Nave CEP: 64.000-171

Paciente...: 52823 - ROBERTO RENE DO VALE LOPES
Prescrição...: 422621 Data: 06/08/2017 19:24
Atendimento: 321579 DI Nasc: 21/08/1973 (43a 11m 17d)
Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO
Internação...: 06/08/2017 16:35 0 Dias(s) Int
Médico...: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Unid. Int...: Leito...: Cobertura:
Cid...: S816 FERIM DE OUTR PARTES DA PERNA Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: MAURICIO FORTES MENDES - CRM: 2204
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

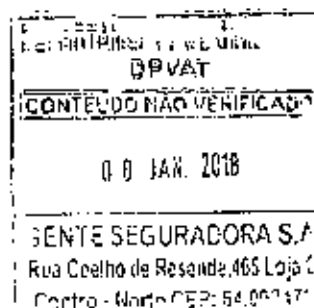
Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Esquemas
1 SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML	1	FR		IV	AGORA	1.0 I
2 DIFIRONA SOL.INJ. 500MG/ML-2ML	1	AMPOLA		IV	AGORA	[06/08] 19:24
3 YILATIL PO SOL.INJ. 20MG	1	FA		IV	AGORA	[06/08] 19:24
I-> SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1	FR				

Id: 2204-01
CRM: 2204-01
MAURICIO FORTES MENDES
CRM 2204



Dados do Paciente:

Paciente: 52823 ROBERTO RENE DO VALE LOPES

Idade: 43 Anos 11 Meses

Data de Nascimento: 21/08/1973

Dados da Internação:

Atendimento: 321579

CD: S818 FERIM DE OUTR PARTES DA PERNA

Convênio: 477 UNIMED INTERCAMBIO

Dt Internação: 06/08/2017

Serviço: CLÍNICA MÉDICA

Leito:

Enfermaria:

Unidade:

Solicitação do Parecer:

Código: 10195

Data: 06/08/2017

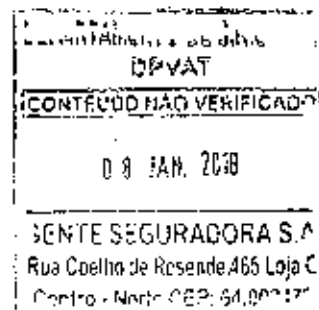
Prestador: MAURICIO FORTES MENDES

Especialidade: 43 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Descrição: POLITRAUMA, SUSPEITA DE FRATURA DE CLAVICULA E PERNA DIREITA

MAURICIO FORTES MENDES

CRM 2204



Paciente: 52823 - ROBERTO RENE DO VALE LOPES
Prescrição: 422674 Data: 06/08/2017 20:37
Atendimento: 321579 Dt Nasc: 21/08/1973 (43a 11m 17d)
Convênio: UNIMED INTERCAMBIO
Internação: 06/08/2017 16:35 0 Dias(s) Int
Médico: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S816 FERIM DE OUTR PARTES DA PERNA Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA - CRM: 3467
FUNÇÃO: MÉDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MEDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Datas/Horarios
1						
RX ARTICULACAO ESCAPULOMERAL (OMBRO) ESQUERDO : Exame: 71993						
2						
RX CALCANEIO : Exame: 71993						
3						
TC COLUNA CERVICAL : Exame: 71994						

Dr. Fernando C. de Oliveira
CRM 3467 - TERAPEUTICA
FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
CRM 3467

DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
06 JAN. 2018
SENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.061-177

Paciente.: 52823 - ROBERTO RENE DO VALE LOPES
Prescrição.: 422717 Data: 06/08/2017 21:45
Atendimento: 321579 Dt Nasc: 21/08/1973 (43a 11m 17d)
Convênio.: UNIMED INTERCAMBIO
Internação.: 06/08/2017 16:35 0 Dias(s) Int
Médico.: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S818 FERIM DE OUTR PARTES DA PERNA Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA - CRM: 3467
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICINA

	Ord	Unidade	SN	Api	Frequência	Datas/Horários
1	SUTURA D EXTENSOS FERIMENTOS C/ OU S/ DEBRIDAMENTO				AGORA	[06/08] 21:45
	Prestador Executante FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA					
	Justificativa: lesões extensas com acometimento muscular em perna d					
2	MIORRAFIA				AGORA	[06/06] 21:47
	Prestador Executante FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA					
	Justificativa: lesão de partes moles com acometimento muscular em perna d					

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3467 TEST 11913
FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
CRM 3467

DPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
06 JAN 2018
CENTE SEGURADORA S.A
Rua Coello de Resende 465 Loja C
Centro - Natal CEP: 54.002-471

Paciente...: 52823 - ROBERTO RENE DO VALE LOPES
Prescrição.: 422719 Data: 06/08/2017 21:48
Atendimento: 321579 DI Nasc: 21/08/1973 (43a 11m 17d)
Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO
Internação.: 06/08/2017 16:35 0 Dias(s) Int
Médico..... PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S818 FERIM DE OUTR PARTES DA PERNA Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO..... FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA - CRM: 3467
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICINA	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Datas/Horários
----------	-----	---------	----	-----	------------	----------------

1	IMOBILIZAÇÃO NAÓ GESSADA DE QUALQUER SEGUIMENTO					
	Prestador Execulante	FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA				
	Oss.: 8 de matha para fratura de clavícula					

Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3467 - RCD 11913

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
CRM 3467

AUTORIZADO

Atestado de Autenticidade de Documento DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2018
AGENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 165 Loja C Centro - Maracá CEP: 64.000-171

HOSPITAL UNIMED TERESINA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: FCOUTO
Em: 06/08/2017 22:56

1ª VIA

Paciente: 52823 - ROBERTO RENE DO VALE LOPES
Prescrição: 422736 Data: 06/08/2017 22:56
Atendimento: 321579 Dt Nasc: 21/08/1973 (43a 11m 17d)
Convênio: UNIMED INTERCAMBIO
Internação: 06/08/2017 16:35 0 Dias(s) Int
Médico: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Unid. Int.: Leito: Cobertura:
Cid: S816 FERIM DE OUTR PARTES DA PERNA Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA - CRM: 3467
FUNÇÃO: MÉDICO(A)

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS	Cid	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data/Hora
1 TRAMADOL SOL.INJ. 50MG/ML - 2ML (*)A2 I-> SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1	ML		IV	AGORA	06/08/22:56
2 DAPIRONA SOL.INJ. 1G-2ML I-> AGULHA DESC. C/DISP. 22GX1 (25X7) I-> AGUA DESTILADA SOL. INJ 10ML I-> SERINGA DESC. 10CC C/BICO S/AGULHA I-> AGULHA DESC. C/DISP. 18GX1(40X12) I-> SERINGA DESCARTAVEL 3ML	1	FR		IV	AGORA	06/08/22:56
	1	AMPOLA				
	1	UND				
	1	AMPOLA				
	1	UND				
	1	UND				
	1	UND				

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3467
FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
CRM 3467

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JAN. 2018

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rosende, 465 Loja C
Centro - Porto CEP: 64.000-000

Paciente...: 52823 - ROBERTO RENE DO VALE LOPES

Prescrição...: 422740 Data: 06/08/2017 23:06

Atendimento: 321579 Dt Nasc: 21/08/1973 (43a 11m 17d)

Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO

Internação...: 06/08/2017 16:35 0 Dias(s) Int

Médico: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA

Unid. Isl...: Leito...: Cobertura:

Cid...: S420 FRAT DA CLAVICULA Diagnóstico:

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA - CRM: 3467

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS	Cid	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
DIPIRONA SOL.INJ. 1G-2ML		1 AMPOLA		IV	AGORA	[06/08] 23:07
1-> AGULHA DESC. C/DISP.		1 UND				
22GX1 (25X7)		1 AMPOLA				
1-> AGUA DESTILADA SOL. INJ		1 AMPOLA				
10ML		1 UND				
1-> SERINGA DESC. 10CC C/BICO		1 UND				
S/AGULHA		1 UND				
1-> AGULHA DESC.		1 UND				
C/DISP. 18GX1(40X12)		1 UND				
1-> SERINGA DESCARTAVEL 3ML		1 UND				

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedista e Traumatologista
CRM 3467 - 2011-2013
FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
CRM 3467

UNIMED TERESINA
DPVAY
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
06 JAN. 2018
SENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - N.º 607-17

Atendimento: 321579

Paciente: ROBERTO RENE DO VALE LOPES

Data de Nascimento: 21/08/1973

Médico Assistente: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA

Prestador Responsável: MARCOS EULALIO DOS SANTOS

Conselho / Número COREN 1017682

Idade: 43 Anos 11 Meses

Leito Atual:

Setor: RECEPÇÃO - PRONTO
ATENDIMENTO

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 06/08/2017

Data anotação: 06/08/2017

Hora anotação: 22:37

Responsável: MARCOS EULALIO DOS SANTOS GONÇALVES

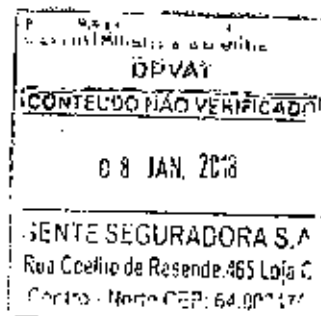
Leito:

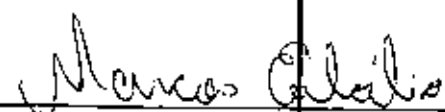
Anotação

9:00 Pct avaliado pelo ORTOPEDISTA solicitado RX+TC, Pct perde acesso repuncionado com jelo 20+polifix ADM. medicamentos C.P.

3:00 Realizado SUTURA+TALA GESSADA. Pct relata dor ADM. medicamentos C.P.M.

pos avaliação medica pct segue de alta com orientações.




MARCOS EULALIO DOS SANTOS GONÇALVES
COREN 1017682

Atendimento: 321579

Paciente: ROBERTO RENE DO VALE LOPES

Data de Nascimento: 21/08/1973

Médico Assistente: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA

Prestador Responsável: ALAECIO ALADES DA SILVA

Conselho / Número SEM CONSELHO null

Idade: 43 Anos 11 Meses

Leito Atual:

Sector: RECEPÇÃO - PRONTO
ATENDIMENTO

Função: TECNICO EM GESSO

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 07/08/2017

Data anotação: 07/08/2017

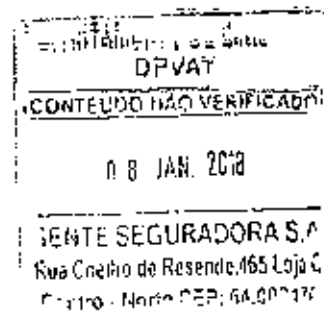
Hora anotação: 01:11

Responsável: ALAECIO ALADES DA SILVA

Leito:

Anotação:

01:12 PACIENTE COLOCOU A IMOBILIZAÇÃO NAO GESSADA TIPO 8 CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.



Alaécio Alades da Silva
ALAECIO ALADES DA SILVA
SEM CONSELHO



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900
Av. Miguel Rosa, 3350/Sul - CEP 64.001-490

Tratado de Direito Médico e Cirúrgico
Miguel Rosa, 3350/Sul - CEP 64.001-490
Fone: (86) 3230-7900
E-mail: cot@cotter.com.br

BOLETIM DE INTERNAÇÃO

Diag. Provisório: Lesão do Ligamento Lateral Anterior e Lesão do Ligamento Lateral Posterior (1)
Diag. Principal: Lesão do Ligamento Lateral Anterior e Lesão do Ligamento Lateral Posterior (2)
Causa Mortis: _____
Histo. patológico: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente com dor no joelho direito após a queda de uma altura de 1,50m (1)

Dr. Igor Damasceno A. Araújo
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 2000 13280

Tratamento TIPO:

() Nenhum () Médico (x) Cirúrgico () Médico-Cirúrgico/Eficácia
(x) Eficaz () Ineficaz () Prejudicial () Não avaliado

SAÍDA:

() Curado () Melhorado () Inalterado () A pedido
() Decisão Médica () Evasão Data: ____/____/____ Hora: ____

TRANSFERÊNCIA:

() Fisiologia () Psiquiatria () Outros

CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
Cláudio de S. Vaz Neto
Diretor Administrativo
Visto do Diretor do Hospital

CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
Cláudio de S. Vaz Neto
Diretor Administrativo

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2010
FONTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 155 Loja C
Cidade - Porto CEP: 64.001-490

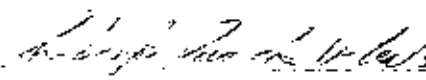


CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
C.N.P.J. 07.224.108/0901-07 - Fone: (86) 3230-7900
Av. Miguel Rosa, 3350/Sul - CEP 64.001-490

TERMO DE RESPONSABILIDADE

1. Assumo plena responsabilidade com as despesas médico/hospitalar do paciente internado nesta casa de saúde por ordem médica.
 - 1.1. Todas as despesas, como DIÁRIAS, TAXAS, MÉDICOS, etc.: procurar informar-se no momento da internação, com a TESOUREIRA e ou RECEPCIONISTA.
 - 1.2. A quitação da conta hospitalar/médico deverá ser feita no momento da ALTA do paciente, no seguinte horário:
MANHÃ: 07:30 às 11:30;
TARDE: 13:30 às 17:30hs.
 - 1.3. A liberação do PACIENTE está condicionada à quitação do débito, junto a tesouraria.
 - 1.4. Pagamento com CHEQUE, na liquidação de sua conta deverão ser feitos com cheques distintos, tanto para o hospital, como para os médicos.
 - 1.5. Cheques fora da praça, só será aceito com apresentação de um documento de identificação e telefones para contatos.
 - 1.6. Todos os pertences dentro do Apto/Suite, serão conferidos. Qualquer dano material será debitado nas despesas do usuário.
 - 1.7. A Clínica não se responsabilizará por quaisquer objetos e valores desaparecidos ou extraviados em suas dependências.
 2. Pacientes de convênios com direito a enfermária que optarem por apto ou suite pagará uma diferença de diaria e também uma complementação sobre honorários médicos, de acordo com tabela da AMB.
 - 2.1. As internações de URGÊNCIA/EMERGÊNCIAS que não forem autorizadas pelo convênio serão pagas pelo assistido ou seu responsável.
 - 2.2. MEDICAMENTOS que não forem pagos pelo CONVÊNIO, serão pagos pelo PACIENTE.
 - 2.3. Paciente particular e Econômico, o depósito cobrirá somente a quantidade de dias estabelecida na permanência citada e se houver complicações pós-cirurgia, o Paciente pagará as diárias, medicamentos e exames se necessários.
 3. Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirúrgico e o anestésico.
 4. No caso de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, estas serão tomadas pela Clínica de acordo com as normas legais.
- PACIENTE DAS MEDIDAS, declaro para os fins que apelo.

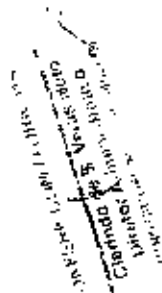
Teresina(PI), 30 de setembro de 2017


Assinado Responsável

CPF: 087.760.203-06

RG: 1.246.197-SSP-PI

Assinatura



Anestesia: prop. + dexa 5.30 16.30 Risco(ASA): 1

AGENTES ANESTÉSICOS	Maléfico	
LÍQUIDO	SF SF SF	
TEMPERATURA	C	240
PRESSÃO ARTERIAL	36	200
PULSO	36	160
INÍCIO E FIM DA ANESTESIA	34	120
INÍCIO E FIM DA OPERAÇÃO	32	80
RESPIRAÇÃO	30	20

OBSERVAÇÕES

① Inervação
② prop. 1.3kg
c/ agulha 26B
+ prop. 1.5mg + 1.8mg
80kg
③ midazolam 3mg
④ cetorolaco
⑤ dipirona
⑥ tenoxicam

RECETO

AGENTES Midazolam + prop.

CONDIÇÃO

LÍQUIDOS	PAC. TRANSFUNDIDO	OXIGÊNIO/h	PROTO. DE AZOTO/h	AS. CEE. PRIMÁRIO
SF 0.9% : ml	GS RH	Início:	Início:	Início:
SG 5% : ml	Conc. Hem. : ml unid	Térmi.:	Térmi.:	Térmi.:
ml	ml unid	Durac.:	Durac.:	Durac.:
ml	ml unid	lit	lit	
TOTAL : ml	ml unid			

EQUIPAMENTOS			
Sist. elétrico : () elétrico () bipolar	Intensificador de imagem : ()	Garrote pneumático : ()	
Serra elétrica : () osso () tecido	Aparelho endoscópico : ()	Oxímetro : ()	
Perfurador : () elétrico () bateria	Destritador : ()	Lipos aspirador : ()	
Raio X na sala : ()	Aspirador : ()	Fibra ótica : ()	
Monitor cardíaco : ()	Lupa cirúrgica : ()		

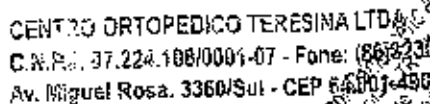
MATERIAIS E PRÓTESES			
Pinos de Sengstaken : unid	Parafuso cortical n°	P	
Fio Kirschner : unid	Quantidade	G	
Fio Steinmann : unid	Parafuso maxilar n°	P	
Fio cunha : unid	Quantidade	G	
Fio Sengstaken : unid	Parafuso espinhal n°	P	
Fio para 4° e 5° : unid	Quantidade	G	
Cravos de Miquel : unid	Paraf. bucal "titão" n°		
Placa : unid	Quantidade		

Data: 30/09/17 Anestesista - CRM: Jr. José Roberto Caló R. #

MÉDICO
CRM-P14920

08 JAN. 2018

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja 1
Centro - Niterói RJ 24.090-170



BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

Diagnóstico: Neúma com to fístula hábil posterior - estenose ligamento de Treitz ①

to + fístula de Treitz

Contact du - PRESIDENT MARTIN
Circulaire de la Direction
Circulaire de la Direction
Circulaire de la Direction

International
Circulaire de la Direction
Circulaire de la Direction
Circulaire de la Direction

[illegible]

... ..	87	...
... ..	199	...
... ..	244	...

Neocina 0.5 % paste.....	117:		Vatium amp 46:
Neocina 0.5 % sled.....	118:		Vaseline to 180:
Neomigine pom 119:			Xgliesin gel 182:

Proprietor 1000	272	272
Prescription	200	200
Quelby	200	200

36	Interpolar 2	270
39	Platylux G 24	100
38	Postic 2 via	100

[illegible]

179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525
 526
 527
 528
 529
 530
 531
 532
 533
 534
 535
 536
 537
 538
 539
 540
 541
 542
 543
 544
 545
 546
 547
 548
 549
 550
 551
 552
 553
 554
 555
 556
 557
 558
 559
 560
 561
 562
 563
 564
 565
 566
 567
 568
 569
 570
 571
 572
 573
 574
 575
 576
 577
 578
 579
 580
 581
 582
 583
 584
 585
 586
 587
 588
 589
 590
 591
 592
 593
 594
 595
 596
 597
 598
 599
 600
 601
 602
 603
 604
 605
 606
 607
 608
 609
 610
 611
 612
 613
 614
 615
 616
 617
 618
 619
 620
 621
 622
 623
 624
 625
 626
 627
 628
 629
 630
 631
 632
 633
 634
 635
 636
 637
 638
 639
 640
 641
 642
 643
 644
 645
 646
 647
 648
 649
 650
 651
 652
 653
 654
 655
 656
 657
 658
 659
 660
 661
 662
 663
 664
 665
 666
 667
 668
 669
 670
 671
 672
 673
 674
 675
 676
 677
 678
 679
 680
 681
 682
 683
 684
 685
 686
 687
 688
 689
 690

[illegible]

13. João de Fátima Cirurgião - CRBM: 123456789

DIAGNÓSTICO:

[illegible]

Deianeide Dias Pereira
COREN-PI 430.897

CONFIDENTIAL

Clorindo de S. Viana Neto
Diretor Administrativo
Comissão Interministerial
de S. Viana
Comissão Interministerial
de S. Viana

Evangelista
DRE

Dona Beatriz Dias Pereira
Enfermeira
LOREN-01-020-897

Dalmeida, Dalma Pereira
Enfermeira
COREN-PI 430.897

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

[illegible]

05:45 - Pt suprapontal, sfinxian unimanica + hexago-
nala. Faza. Sinalizarea vertical de Alina. com?
Meternie de aprox. 10cm de de la unimanica de
ce e. color. caracteristicos. Neleto unimanica de fa-
cil localizor. Pansagem de CNA sau rezistenta
Hidromis: 1500 N12 + 1 par. gaze + 1 par. linau piceat +
1 par. linau Alena N17 + PVP linau + 1 par. linau
opi + 1 par. linau

Valerie Beardsley
- Extended -
COREN-P1 430.897

Centro Ortopédico Traumatológico

Pac.	ROBERTO REINE DO VALE LOPES	Data	30/09/2017 12:39
Idade	44 Anos, 1 Meses 9 Dias	Pront.	0022273
Médico	1	Presc.	Página: 1/1
Admoxi	ENFERMARIA LEITO 1 No: 04 Lt: 1	Peso/Alt.	0,00 Kg 0,00 m

1	Dieta oral livre,	
2	Soro glicosado 5%, 1000ml EV em 24 hora(s)	1 - (27/09/17)

EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

	MEDICAÇÃO	HORARIO
3	Ceftriax 1g + AD, EV 12/12	(H) 12:00
4	Tilatil 20mg + AD, EV 12/12	(H) 16:00
5	Dipirona 2cc + AD, EV 6/6	(H) 16:00
6	Ranitidina 50mg + AD, EV 8/8	(H) 21:00
7	Nauseadron 4mg + AD, EV SOS 8/8	(H)
8	Tramex 100mg + 100ml SF 0,9%, EV 6/6 8/8	(H)
9	Sonda vesical de alívio, S/N S/N	(H)
10	SSVV + CCRG N/A	(H)

Dr. Igor Damasceno Assunção Araújo
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Centro de Referência em Traumatologia
Rua do Pê, 100 - Pampulha
Belo Horizonte - MG 31260-000

DR IGOR DAMASCENO ASSUNCAO ARAUJO
CRM 3802-PI

CONFERE COM O DOUTOR
Cláudio de A. Viana Neto
Diretor Administrativo
CENTRO ORTOPÉDICO TRAUMATOLÓGICO

1. RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA retardada, relacionado por: [] falta complexidade da cirurgia ortopédica
[] complicações []

2. DOR: [] Aguda, relacionada a lesões físicas (contusões, lacerações, biológicas e psicológicas)
[] Crônica, relacionada a incapacidade física e psicossocial crônica.

3. MOBILIDADE Física prejudicada relacionada por: [] Imobilização [] Externa [] Pós-operatória [] Autolimitada
[] Déficit motor [] Inconsciência []

4. Padrão de SONO perturbado relacionado por: [] Iluminação [] Falta de ar [] Dor [] Barulho [] Dor [] Ansiedade
[] Falta de privacidade []

5. RETENÇÃO urinária relacionada por: [] Biqueto [] Inibição do arco reflexo []

6. Padrão RESPIRATÓRIO inadequado relacionado por: [] Hiperventilação [] Hipóventilação [] Deformidade óssea
[] Deformidade da parede do tórax [] Dor []

7. PERFUSÃO TISSULAR periférica insuficiente relacionado por: [] Hipovolemia [] Hipervolemia [] Hiperventilação
[] Interrupção do fluxo arterial []

8. NUTRIÇÃO desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionados por: [] incapacidade de ingerir e absorver alimentos [] fatores fisiológicos e psicológicos []

9. INTEGRIDADE DA PELLE prejudicada, relacionado por: [] Proeminência ósseas [] Umidade
[] Circulação alterada [] Imobilização física []

10. NÁUSEA evidenciado por: [] Medicamentos [] Agentes anestésicos [] FIO []

11. DEAMBULAÇÃO prejudicada, evidenciado por: [] Dor [] Imobilidade [] Tipo de cirurgia realizado.

12. ANSIEDADE, evidenciado por: [] Stress [] Ameaça de mudança no estado de saúde.

13. Risco de síndrome do DEBILIDADE, relacionado por: [] Dor intensa [] Imobilização [] Paralisia [] Nível de consciência alterado []

14. Risco de QUEDAS, relacionado por: [] Uso de cadeiras de rodas [] > de 60 anos [] Uso de aparelho de auxílio
[] Condições pós-operatórias []

15. Risco de INFECÇÃO, relacionado por: [] Procedimento invasivo [] Trauma [] Exposição ambiental [] Cirurgia aumentada [] Destruição do tecido []

16. Risco de desequilíbrio na TEMPERATURA corporal evidenciado por: [] Hipertermia [] Hipotermia

17. Risco de CONSTIPAÇÃO, evidenciado por: [] Mudança recente de ambiente [] Depressão
[] Mudança nos padrões habituais de alimentação []

18. Risco de LESÃO, relacionado por: [] Pelo lesado [] Imobilidade alterada [] Perfil sanguíneo anormal [] Edema
[] Desorientação [] Imobilização []

19.

20.

21.

Dilene Beatriz Dias Pereira
Enfermeira
COREN-PI 430.897

19. Risco de queda com o uso de cadeira de rodas, pois a paciente não tem conhecimento de como usar corretamente a cadeira de rodas, além disso, a paciente não tem conhecimento de como usar o equipamento de segurança, além disso, a paciente não tem conhecimento de como usar o equipamento de segurança, além disso, a paciente não tem conhecimento de como usar o equipamento de segurança.

20. Risco de infecção, pois a paciente não tem conhecimento de como usar o equipamento de segurança, além disso, a paciente não tem conhecimento de como usar o equipamento de segurança, além disso, a paciente não tem conhecimento de como usar o equipamento de segurança.

21. Risco de lesão, pois a paciente não tem conhecimento de como usar o equipamento de segurança, além disso, a paciente não tem conhecimento de como usar o equipamento de segurança, além disso, a paciente não tem conhecimento de como usar o equipamento de segurança.

Dilene Beatriz Dias Pereira
Enfermeira
COREN-PI 430.897

CONFIRMAR E Assinar Original
Assinado de 4 Veras Fato
Diretor Administrativo

	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
	DATA	OPVAT	CONTEÚDO DA VERIFICAÇÃO	AGENTES SEGURADORAS
1. RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA retardada, relacionado: [] alta complexidade da cirurgia ortopédica [] complicações []				
2. DOR: [] Aguda, relacionada a agentes lesivos (químicos, físicos, biológicos e psicológicos) [] Crônica, relacionada a incapacidade física e psicossocial crônica.				
3. MOBILIDADE Física Prejudicada alterada por: [] Fratura/luxação [] Edema [] Pós-operatório [] Astenia [] Déficit motor [] Inconsciência []				
4. Padrão de SONO perturbado relacionado: [] Iluminação [] Falta de ar [] Dor [] Barulho [] Dor [] Ansiedade [] Falta de privacidade []				
5. RETENÇÃO urinária relacionado por: [] Bloqueio [] Inibição do arco reflexo []				
6. Padrão RESPIRATÓRIO ineficaz relacionado por: [] Hiperventilação [] Hipovolemia [] Hipervolemia [] Hiperventilação [] Deformidade da parede do tórax [] Dor []				
7. PERFUSÃO TISSULAR periférica ineficaz relacionado por: [] Hipovolemia [] Hipervolemia [] Hiperventilação [] Interrupção do fluxo arterial []				
8. NUTRIÇÃO desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionados por: [] Incapacidade de ingerir e absorver alimentos [] Fatores biológicos e psicológicos []				
9. INTEGRIDADE DA PELE prejudicada, relacionado por: [] Proeminência óssea [] Umidade [] Circulação alterada [] Imobilização física []				
10. NAUSEA evidenciado por: [] Medicamentos [] Agentes anestésicos [] POI []				
11. DEAMBULAÇÃO prejudicada, evidenciado por: [] Dor [] Imobilidade [] Tipo de cirurgia realizado.				
12. ANSIEDADE, evidenciado por: [] Stresse [] Ameaça de mudança no estado de saúde.				
13. Risco de síndrome do DESUSO, relacionado: [] Dor intensa [] Imobilização [] Paralisia [] Nível de consciência alterado []				
14. Risco de QUEDAS, relacionado: [] Uso de cadeiras de rodas [] > de 60 anos [] Uso de aparelho de auxílio [] Condições pós-operatórias []				
15. Risco de INFECÇÃO, relacionado: [] Procedimento invasivo [] Trauma [] Exposição ambiental [] Cirurgia aumentada [] Destrução de tecidos []				
16. Risco de desequilíbrio na TEMPERATURA corporal evidenciado por: [] Hipertermia [] Hipotermia				
17. Risco de CONSTIPAÇÃO, evidenciado por: [] Mudança recente de ambiente [] Depressão [] Mudança nos padrões habituais de alimentação []				
18. Risco de LESÃO, relacionado: [] Pele lesada [] Imobilidade alterada [] Perfil sanguíneo anormal [] Edema [] Desorientação [] Imobilização []				
19				
20				
21				



CENTRO CIRÚRGICO YERESINA LTDA

Av. Miguel Costa, 336 - Jd. Santa Helena (Rua 3/250/910) - Teresina-PI

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA: 28/10/11

ADM: / / Hora: /

DATA NASC: / /

DIAGNÓSTICO: 1º EPÍSP. hemorrágica em hemostase

PACIENTE: Roberto Manoel da Silva Lopes

Sexo: () M () F

Prontuário:

Apt: /

Enf: 3 Leito: 1

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

IMOBILIZAÇÃO: () Sim () Não

() Tala () Fechado

Horário

SINAIS VITAIS

GLICEMIA

() Manter membro fraturado/fixado o máximo.

() Realizar rodízios da medicação () SC () IM.

() Obs. e anotar sinais fisiológicos em processo de cura.

() Obs. e anotar sinais de hiperemia ou lesões pela

() Obs. e anotar evacuações/ eliminação vaginal.

() Obs. e anotar alterações em fixador externo e tração

() Obs. e anotar sangramento em FO

() Estimular higiene oral e observar mucosa oral.

() Estimular deambulação () manter repouso no leito.

() Obs. e anotar aceitação da dieta.

() Realizar curativo na FO () 1x/dia () 2x/dia

() Realizar e anotar glicemia capilar/insulinoterapia.

() Realizar e anotar sinais vitais de 8/8hs.

() Medir e anotar débito: () drenos () PVC () SNG/SNE.

() Verificar e anotar presença de náuseas e vômitos.

() Realizar mudança de decúbito 4/4hs

() Realizar banho: () aspersão com auxílio () no leito.

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

Tipo: () Luva () Axilo-palmar () Bota

() MIC () Tubo () Velpour () TA () PC

() Anti-rotatória () Colar cervical

()

12

18

24

6

FC(bpm)

FR(n/100m)

PA(mmHg)

Valor

Adm

CURATIVO

() Aberto () Oclusivo () Compressivo () Saco () Úmido

Secreção: () Sim () Não

() Sanguinolenta () Serosa () Purulenta ()

Odor: () Sim () Não

Cultura: () Sim () Não

DIETA

Tipo

Aceitação

Observações

DEAMBULAÇÃO

() Normal () Muleta

() Cadeira de roda

() Andar () Maca

ELIMINAÇÕES

Diurese

Evacuações

DRENO

Volume

Observações

14

22

5

Trocar dia:

Tração Esquelética: () Sim () Não () MMH () MIE () MID

Data: / / Hora: Peso: Kg

Fixador externo: () Sim () Não

() MSD () MSE () MID () MIE () Quadri ()

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

02:30h - Realizado curativo na FO com solução fisiológica +
 antisséptico. Não houve sangramento. Sinais vitais: FC: 120bpm, FR: 20n/100m, PA: 120/80mmHg, SNG/SNE: 100ml.
 04:00h - Realizado banho com água morna e sabão neutro. Não houve irritação. Sinais vitais: FC: 110bpm, FR: 18n/100m, PA: 110/70mmHg, SNG/SNE: 100ml.
 06:00h - Realizado curativo na FO com solução fisiológica + antisséptico. Não houve sangramento. Sinais vitais: FC: 100bpm, FR: 16n/100m, PA: 100/60mmHg, SNG/SNE: 100ml.
 08:00h - Realizado banho com água morna e sabão neutro. Não houve irritação. Sinais vitais: FC: 90bpm, FR: 14n/100m, PA: 90/50mmHg, SNG/SNE: 100ml.
 10:00h - Realizado curativo na FO com solução fisiológica + antisséptico. Não houve sangramento. Sinais vitais: FC: 80bpm, FR: 12n/100m, PA: 80/40mmHg, SNG/SNE: 100ml.
 12:00h - Realizado banho com água morna e sabão neutro. Não houve irritação. Sinais vitais: FC: 70bpm, FR: 10n/100m, PA: 70/30mmHg, SNG/SNE: 100ml.
 14:00h - Realizado curativo na FO com solução fisiológica + antisséptico. Não houve sangramento. Sinais vitais: FC: 60bpm, FR: 8n/100m, PA: 60/20mmHg, SNG/SNE: 100ml.
 16:00h - Realizado banho com água morna e sabão neutro. Não houve irritação. Sinais vitais: FC: 50bpm, FR: 6n/100m, PA: 50/10mmHg, SNG/SNE: 100ml.
 18:00h - Realizado curativo na FO com solução fisiológica + antisséptico. Não houve sangramento. Sinais vitais: FC: 40bpm, FR: 4n/100m, PA: 40/0mmHg, SNG/SNE: 100ml.
 20:00h - Realizado banho com água morna e sabão neutro. Não houve irritação. Sinais vitais: FC: 30bpm, FR: 2n/100m, PA: 30/0mmHg, SNG/SNE: 100ml.
 22:00h - Realizado curativo na FO com solução fisiológica + antisséptico. Não houve sangramento. Sinais vitais: FC: 20bpm, FR: 0n/100m, PA: 20/0mmHg, SNG/SNE: 100ml.

100
 04/22/2011 15:48:33

CONFESSÃO DE RECEBIMENTO
 Cláudio de S. Feres Neto
 Enfermeiro Responsável

Nome: **ROBERTO RENÉ DO VALE LOPES**
Convênio: **UNIMED INTERCÂMBIO**
Solicitante: **Dr. FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA**
Código: **002999.14 [Ext]**

Idade: **43 anos**
Sexo: **MASC**
Data: **11/08/2017 11:31:00**

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA (02 INC)

ACHADOS:

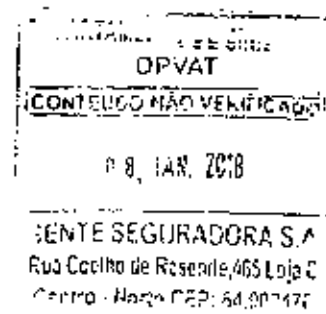
Fratura cominutiva com desvio do terço médio da clavícula.

Partes moles sem particularidades.

CONCLUSÃO:

FRATURA COMINUTIVA COM DESVIO DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA.

* Para sua maior comodidade, estamos funcionando das 07h às 21h.



Nota: Esse é um exame complementar e, como tal, deve ser avaliado pelo o médico assistente para correlação clínica e orientação terapêutica.

Dr. **Vitor Alves da Silva**
CRM-PI 2033

Agende sua consulta através de nosso site:
www.ortomedteresina.com

OrtoMed

Centro de Ortopedia

Rua Gardênia, 767 - Jockey Club.,
Cap 64049.200 - Teresina/PI.,
Fone: 86 3233 9090.

Nome: **ROBERTO RENÊ DO VALE LOPES**
Convênio: UNIMED INTERCÂMBIO
Solicitante: Dr. FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Código: 002999.26 [Ext]

Idade: 44 anos
Sexo: MASC
Data: 28/09/2017 09:02:00

RADIOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO (02 INC)

ACHADOS:

Fratura cominutiva do terço médio da clavícula.

Partes moles sem particularidades.

CONCLUSÃO:

FRATURA COMINUTIVA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA.

* Para sua maior comodidade, estamos funcionando das 07h às 21h.

SECRETARIA DE SAÚDE ORVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2018
SENTE SEGURADORA S.A Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - N.º 64.000-171

Nota: Esse é um exame complementar e, como tal deve ser avaliado pelo o médico assistente para correlação clínica e orientação terapêutica.

Dr. Vitor Alves da Silva
CRM-PI 1934

Agende sua consulta através de nosso site
www.ortomedteresina.com

Nome: **ROBERTO RENÉ DO VALE LOPES**
Convênio: **UNIMED INTERCÂMBIO**
Solicitante: **Dr. FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA**
Código: **002999.31 (Ext)**

Idade: **44 anos**
Sexo: **MASC**
Data: **26/10/2017 09:19:00**

RADIOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO (02 INC)

ACHADOS:

Fratura não-consolidada do terço médio da clavícula.

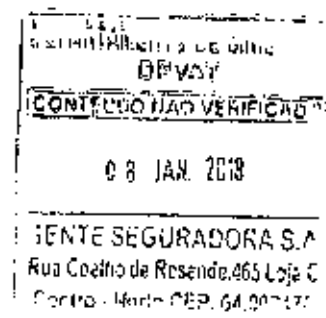
Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.

Partes moles sem particularidades.

CONCLUSÃO:

FRATURA NÃO-CONSOLIDADA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA.

* Para sua maior comodidade, estamos funcionando das 07h às 21h.



Nota: Esse é um exame complementar e, como tal deve ser avaliado pelo o médico assistente para correlação clínica e orientação terapêutica.

Dr. Vitor Alves da Silva
CRM-PI 2933

Agenda e informações em: www.ortomedterresina.com

OrtoMed

Centro de Ortopedia

Rua Gardênia, 767 - Jockey Club:
Cep 64049-200 - Teresina/PI:
Fone: 86 3233 9090.

Nome: **ROBERTO RENÊ DO VALE LOPES**
Convênio: **UNIMED INTERCÂMBIO**
Solicitante: **Dr. FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA**
Código: **002999.17 [Ext]**

Idade: **44 anos**
Sexo: **MASC**
Data: **01/09/2017 12:12:00**

ULTRASSONOGRRAFIA DA PERNA DIREITA

TÉCNICA:

Exame ultrassonográfico realizado com transdutor de 12,0 MHz, de foco dinâmico.

ACHADOS:

- Tecido adiposo sem alterações.
- Coleção líquida medindo cerca de 1,8x0,6 cm no plano transversal junto ao espaço interósseo no terço distal da perna.
- Tendão tibial anterior apresentando indefinição de suas fibras tendinosas ao nível do terço distal da perna podendo corresponder a área de rotura. Sugiro investigação por método de Ressonância Magnética.
- Ausência de nódulos ou cistos.

CONCLUSÃO:

- Coleção líquida junto ao espaço interósseo no terço distal da perna.
- Tendão tibial anterior apresentando indefinição de suas fibras tendinosas ao nível do terço distal da perna podendo corresponder a área de rotura. Sugiro investigação por método de Ressonância Magnética.

* Para sua maior comodidade, estamos funcionando das 07h às 21 h.

DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2018
SENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64090-171

Nota: Esse é um exame complementar e, como tal, deve ser avaliado pelo o médico assistente para correlação clínica e orientação terapêutica.

Drº Vitor Alves da Silva
CRM-PI 2933

Agende sua consulta através de nosso site:
www.ortomedteresina.com

PACIENTE: ROBERTO RENE DO VALE LOPES
MÉDICO SOLICITANTE: VITOR ALVES DA SILVA
IDADE: 44A 0M 25D SEXO: M PEDIDO: 102811
CÓD. PAC.: 191826 DATA: 15/09/2017



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA PERNA DIREITA

Técnica:

Exame realizado pela técnica fast spin echo, obtendo-se sequências ponderadas em T1 e STIR em aquisições multiplanares, antes e após a administração do meio de contraste paramagnético.

Análise:

Estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.

Não há sinais de fraturas ou de lesões ósseas focais de aspecto agressivo.

Rotura transfixante dos tendões do tibial anterior e extensor longo dos dedos, no terço distal da perna, com gap de cerca de 4,8 cm.

Associam-se pequena coleção interposta entre os cotos tendíneos (mede 1,6 x 1,2 x 0,7 cm - volume de 0,7 ml) e edema dos tecidos adjacentes.

Demais planos musculares anatômicos, sem evidências de lesão ou atrofia.

Não se identificam alterações no trajeto dos feixes vasculares e nervosos.

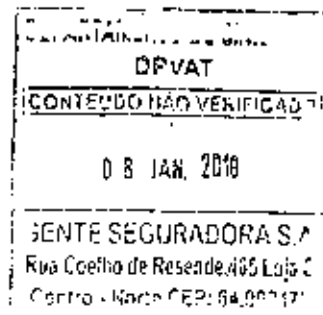
Ausência de formações expansivas.

Impressão Diagnóstica:

- Rotura transfixante dos tendões do tibial anterior e extensor longo dos dedos, no terço distal da perna, com gap de cerca de 4,8 cm.
- Associam-se pequena coleção interposta entre os cotos tendíneos e edema dos tecidos adjacentes.

DR. RENATO DE OLIVEIRA PEREIRA

CRM: 4188 PI



Exatidão em: 17/9/2017 às 12:59 - Pedido: 102811 - Paciente: ROBERTO RENE DO VALE LOPES

Página 1 de 1

Dra. Alessandra Silva Malta CRM-4637	Dr. Antônio Lobão V. Filho CRM-2697	Dr. Charitas A. B. Veloso CRM-2914	Dr. Fábio A. C. Martins CRM-2832	Dr. Francisco C. da Silva Junior CRM-3062	Dr. George C. Rodrigues CRM-2831	Dr. Igor Brito Corrêa CRM-3921
Dr. Joyce Dantas Casner CRM-4274	Dra. Luanda e Silva Torres CRM-4503	Dra. Luciana P. Dias CRM-4084	Dra. Nathaly M. Nery P. N. Santos CRM-4641	Dr. Renata de Oliveira Pereira CRM-4188	Dr. Robert W. M. Dantas CRM-2460	Dr. Roberto C. T. Dantas CRM-4619

ULTRA-X CENTRO - Rua Aristide de Azevedo, 336 Centro/Sul
ULTRA-X JOCKEY - Rua Argentina, 318 Jockey
ULTRA-X VILA GALILEU - Av. Alameda Leopoldo Rodas, 1436, 2º andar, Jockey

11 3434-8833
011 3434-8833

ORTOMED - Clínica de Ortopedia

Paciente ROBERTO RENÉ DO VALE LOPES

Idade 44 anos

Peso 80 kg Altura 1,80 m

Data Nasc. 21/08/1973 Centro de Ortopedia

Médico VITOR ALVES DA SILVA

Prontuário 002999.31

Data Imp 30/11/2017 10:33:15

Rua Gardênia, 767 - Jockey Club.

Cap 64049-200 - Teresina/PI

Fone: 86 3233 9090.

ENC AO MICROCIRURGIAO

15/09/2017 VITOR ALVES

AVALIAÇÃO DE ROTURA TENDINOSA EM PERNA DIREITA
SOLICITO RM

19/09/2017 VITOR ALVES

RM

ROTURA TRANSFIXANTE DOS TENDÕES TIBIAL ANTERIOR E EXTENSOR LONGOS DOS DEDOS
COM GAP DE CERCA DE 5.8 CM

ENCAMINHO AO GRUPO DO PE

28/09/2017 FERNANDO C. DE OLIVE

LAUDO INSS

RX DE OMBRO ESQ

03/10/2017 KLEBERTH B

acidente de carro com lesões dos tendões do pé direito e ft clavícula esquerda

02 meses de fratura

Rx não vi calo ósseo

CD aine / orientação

05/10/2017 FERNANDO C. DE OLIVE

PCTE COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO ESQ

DOR E LIMITAÇÃO ARTICULAR

HD: OMBRO CONGELADO????

CD: FISIO + AMITRYL

05/10/2017 VITOR ALVES

US REALIZADA

26/10/2017 FERNANDO C. DE OLIVE

RX CONTROLE DE CLAVÍCULA

SEM DOR A PALPAÇÃO LOCAL

1. FICHA DE AVALIAÇÃO 2. FICHA DE AVALIAÇÃO 3. FICHA DE AVALIAÇÃO 4. FICHA DE AVALIAÇÃO 5. FICHA DE AVALIAÇÃO 6. FICHA DE AVALIAÇÃO 7. FICHA DE AVALIAÇÃO 8. FICHA DE AVALIAÇÃO 9. FICHA DE AVALIAÇÃO 10. FICHA DE AVALIAÇÃO 11. FICHA DE AVALIAÇÃO 12. FICHA DE AVALIAÇÃO 13. FICHA DE AVALIAÇÃO 14. FICHA DE AVALIAÇÃO 15. FICHA DE AVALIAÇÃO 16. FICHA DE AVALIAÇÃO 17. FICHA DE AVALIAÇÃO 18. FICHA DE AVALIAÇÃO 19. FICHA DE AVALIAÇÃO 20. FICHA DE AVALIAÇÃO 21. FICHA DE AVALIAÇÃO 22. FICHA DE AVALIAÇÃO 23. FICHA DE AVALIAÇÃO 24. FICHA DE AVALIAÇÃO 25. FICHA DE AVALIAÇÃO 26. FICHA DE AVALIAÇÃO 27. FICHA DE AVALIAÇÃO 28. FICHA DE AVALIAÇÃO 29. FICHA DE AVALIAÇÃO 30. FICHA DE AVALIAÇÃO 31. FICHA DE AVALIAÇÃO 32. FICHA DE AVALIAÇÃO 33. FICHA DE AVALIAÇÃO 34. FICHA DE AVALIAÇÃO 35. FICHA DE AVALIAÇÃO 36. FICHA DE AVALIAÇÃO 37. FICHA DE AVALIAÇÃO 38. FICHA DE AVALIAÇÃO 39. FICHA DE AVALIAÇÃO 40. FICHA DE AVALIAÇÃO 41. FICHA DE AVALIAÇÃO 42. FICHA DE AVALIAÇÃO 43. FICHA DE AVALIAÇÃO 44. FICHA DE AVALIAÇÃO 45. FICHA DE AVALIAÇÃO 46. FICHA DE AVALIAÇÃO 47. FICHA DE AVALIAÇÃO 48. FICHA DE AVALIAÇÃO 49. FICHA DE AVALIAÇÃO 50. FICHA DE AVALIAÇÃO 51. FICHA DE AVALIAÇÃO 52. FICHA DE AVALIAÇÃO 53. FICHA DE AVALIAÇÃO 54. FICHA DE AVALIAÇÃO 55. FICHA DE AVALIAÇÃO 56. FICHA DE AVALIAÇÃO 57. FICHA DE AVALIAÇÃO 58. FICHA DE AVALIAÇÃO 59. FICHA DE AVALIAÇÃO 60. FICHA DE AVALIAÇÃO 61. FICHA DE AVALIAÇÃO 62. FICHA DE AVALIAÇÃO 63. FICHA DE AVALIAÇÃO 64. FICHA DE AVALIAÇÃO 65. FICHA DE AVALIAÇÃO 66. FICHA DE AVALIAÇÃO 67. FICHA DE AVALIAÇÃO 68. FICHA DE AVALIAÇÃO 69. FICHA DE AVALIAÇÃO 70. FICHA DE AVALIAÇÃO 71. FICHA DE AVALIAÇÃO 72. FICHA DE AVALIAÇÃO 73. FICHA DE AVALIAÇÃO 74. FICHA DE AVALIAÇÃO 75. FICHA DE AVALIAÇÃO 76. FICHA DE AVALIAÇÃO 77. FICHA DE AVALIAÇÃO 78. FICHA DE AVALIAÇÃO 79. FICHA DE AVALIAÇÃO 80. FICHA DE AVALIAÇÃO 81. FICHA DE AVALIAÇÃO 82. FICHA DE AVALIAÇÃO 83. FICHA DE AVALIAÇÃO 84. FICHA DE AVALIAÇÃO 85. FICHA DE AVALIAÇÃO 86. FICHA DE AVALIAÇÃO 87. FICHA DE AVALIAÇÃO 88. FICHA DE AVALIAÇÃO 89. FICHA DE AVALIAÇÃO 90. FICHA DE AVALIAÇÃO 91. FICHA DE AVALIAÇÃO 92. FICHA DE AVALIAÇÃO 93. FICHA DE AVALIAÇÃO 94. FICHA DE AVALIAÇÃO 95. FICHA DE AVALIAÇÃO 96. FICHA DE AVALIAÇÃO 97. FICHA DE AVALIAÇÃO 98. FICHA DE AVALIAÇÃO 99. FICHA DE AVALIAÇÃO 100. FICHA DE AVALIAÇÃO	08 JAN 2018 AGENTE SEGURADORA S/A Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.049-171
--	---

Dr. Fernando C. de Oliveira
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI 3462 - RCD 11913

Agende sua consulta através de nosso site:

www.ortomedteresina.com

ORTOMED - Clínica de Ortopedia**Paciente** ROBERTO RENÉ DO VALE LOPES**Idade** 44 anos**Peso** 60 Kg **Altura** 1,65 m**Data Nasc.** 21/03/1973 **Ex** Centro de Ortopedia**Médico** VITOR ALVES DA SILVA**Prontuário** 002999.31**Data Imp** 30/11/2017 10:33:15

Rua Gerdênio, 767 - Jockey Club

Cep. 64049-200 - Teresina/PI

Fone: 86 3233 9090

08/03/2013 VITOR ALVES

ruptura parcial do ligamento talofibular anterior

aínes

físio

ortese

CID: S93.4 Entorse e distensão do tornozelo

12/08/2016 KLEBERTH B

ANDA DE MOTO HÁ 15 ANOS SEDENTÁRIO

dor nos ombros joelhos

ao exame

neer jobe +/3+

creptiação patelo femoral leve

CD Rx / US

26/08/2016 KLEBERTH B

Rx dos joelhos ndn

US BSA rx dos ombros ndn

CD aine ativid física

11/08/2017 FERNANDO C. DE OLIVE

5 DIAS DE FRAT DE CLAVICULA ESQ + FERIMENTOS EM PERNA D

CD: TROCAR IMOBILIZAÇÃO EM OMBRO

CURATIVOS EM PERNA ESQ

01/09/2017 FERNANDO C. DE OLIVE

25 DIAS DE FRAT DE CLAVÍCULA ESQ E LESOES DE PARTES MOLES EM PERNA ESQ

PCTE EVOLUI COM INCAPACIDADE DE DORSOFLEXÃO DO TNZ

REFERE AINDA PERDA DE SENSIBILIDADE EM DORSO DO PÉ

CD: SOL USG E ENMG

01/09/2017 VITOR ALVES

EXAME DE USG REALIZADO

13/09/2017 FERNANDO C. DE OLIVE

LESÃO DO T. TIBIAL ANTERIOR

LESÃO DO N. FIBULAR

INSTITUTO DE SEGURANÇA
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2018
SENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Rosende, 165 Loja C
Cariri - Rio de Janeiro 20.050-000

Agende sua consulta através de nosso site:

www.ortomedteresina.com



CLÍNICA
ENDOGRAFOS
APARELHO LOCOMOTOR E DIGESTIVO

* REUMATOLOGIA GERAL E PEDIÁTRICA
* COLPROCTOLOGIA
* GASTROENTEROLOGIA
* GASTROPEDIATRIA
* HEPATOLOGIA (DOENÇAS DO FÍGADO)
* ORTOPEDIA
* CLÍNICA MÉDICA
* PEDIATRIA
* GINECOLOGIA
* NEUROLOGIA
* NEUROCIRURGIA
* CIRURGIA GERAL
* INFECTOLOGIA
* ENDOCRINOLOGIA
* GERIATRIA

* EXAMES DE LABORATÓRIO
* FISIOTERAPIA
* HIDROTERAPIA
* RPG
* ELETRONEUROMIOGRAFIA
* RAIO X
* ULTRASSONOGRAFIA
* DENSITOMETRIA ÓSSEA
* VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA
* VIDEOCOLONOSCOPIA
* RETOSSIGMOIDOSCOPIA
* PESQUISA DO H. PYLORI
* PRIMETRIA ESOFÁGICA

RELATÓRIO DO EXAME ELETRONEUROMIOGRÁFICO

NOME: Roberto Rene do Vale Lopes
MÉDICO: Dr. Fernando Couto de Oliveira

Data: 05/09/2017
Nº Exame: 02227

DESCRIÇÃO:

Exame Eletromiográfico realizado com Eletromiógrafo NICOLET VIKING QUEST e eletrodos de agulha. A Temperatura é medida com termômetro infravermelho de mira laser e mantida igual ou acima de 32° C no dorso da falange distal do 2º dedo (MMSS) e 28° C no dorso do hálux (MMII).

Velocidade de condução nervosa sensitiva não obtida para nervo Fibular superficial direito no segmento perna-tornozelo e normal para nervo Fibular superficial esquerdo no mesmo segmento.

Amplitude do potencial de ação do nervo sensitivo normal para nervo Fibular superficial esquerdo.

Velocidade de condução nervosa motora normal para nervo Tibial direito no segmento joelho-tornozelo e não obtida para nervo Fibular profundo direito no mesmo segmento.

Amplitude do potencial de ação muscular composto diminuída para nervo Tibial direito.


O estudo da atividade mioelétrica mostrou-se normal nos pontos musculares examinados do Vasto medial direito, Tibial anterior direito e Gastrocnêmio medial direito, sem sinais de desnervação em repouso; redução moderada dos potenciais de ação de unidade motora nos pontos musculares examinados do Abdutor hálux direito; redução da maioria dos potenciais de ação de unidade motora nos pontos musculares examinados do Extensor curto dedos pé direito, com aumento da proporção de potenciais polifásicos e sinais de desnervação em repouso (fibrilações e ondas positivas).

CONCLUSÃO:

Exame eletroneuromiográfico de processo neurológico periférico compatível com:

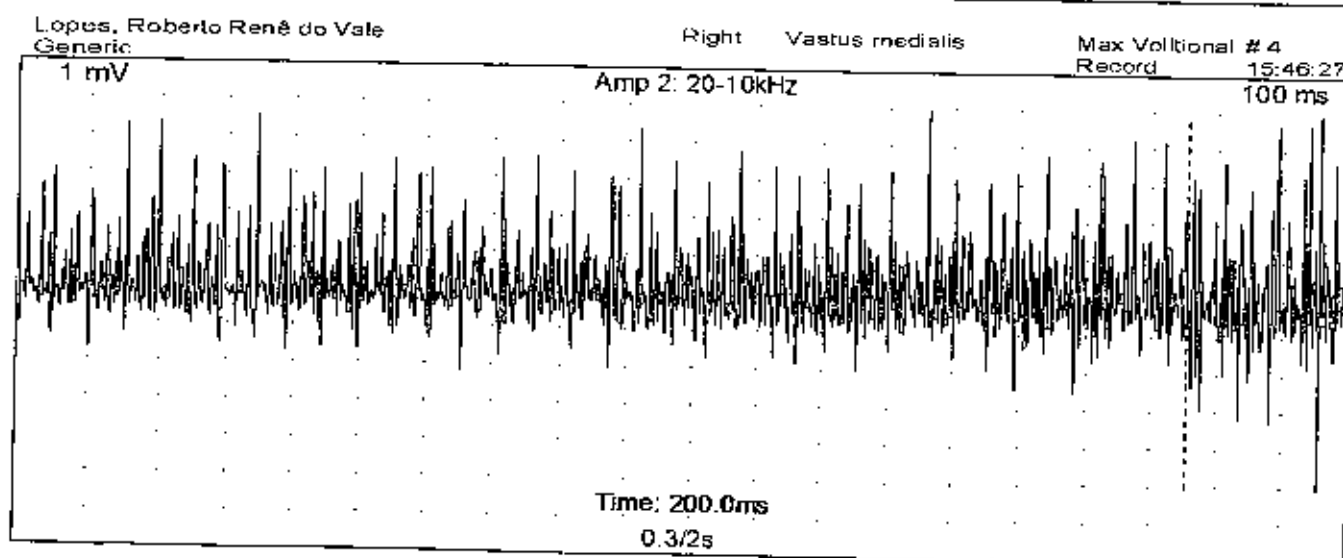
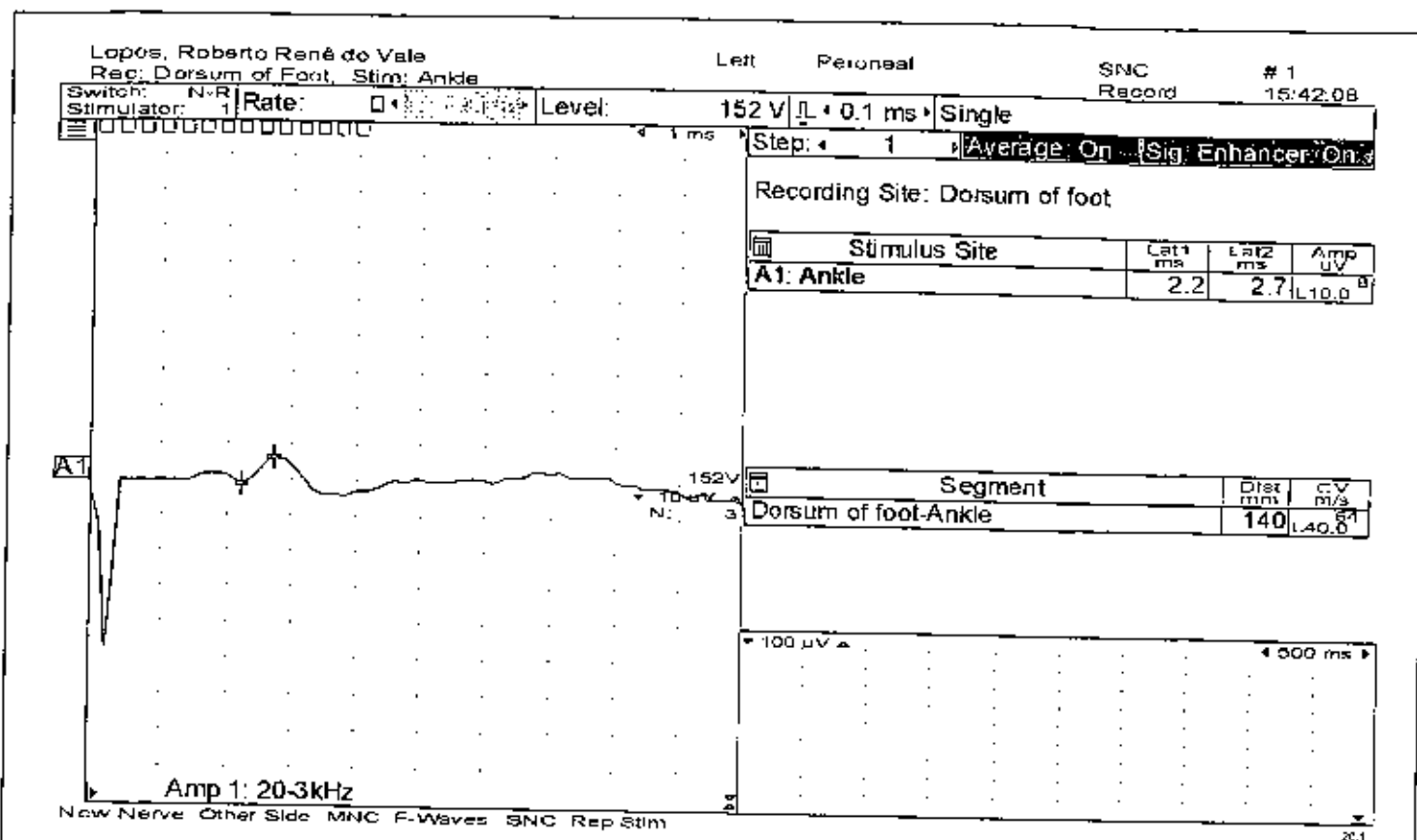
- 1) Neuropatia axonal severa do Nervo Fibular Direito ao nível do terço distal da perna com intensa desnervação.
- 2) Neuropatia axonal moderada do Nervo Tibial Direito.

IMPORTANTE: * Ver gráficos e tabela de valores normais em anexo.


Dr. José Tupinambá Sousa Vasconcelos
CRM - 1353

CONTABILIDADE E ORÇAMENTO
DPVAY
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2018
SENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Rosende, 465 Loja C
Centro - Mar - CEP: 64.000-000

Nicolet VikingSelect VIASYS Healthcare Neurocare



MVA	2.1	3.1		
PP uV	10005	8033		
RMS uV	2810	756		
MRV uV	1915	555		
Turns/s	255	965		

New Muscle Other Side EMG IPA

CONTENIDO NÃO VERIFICADO

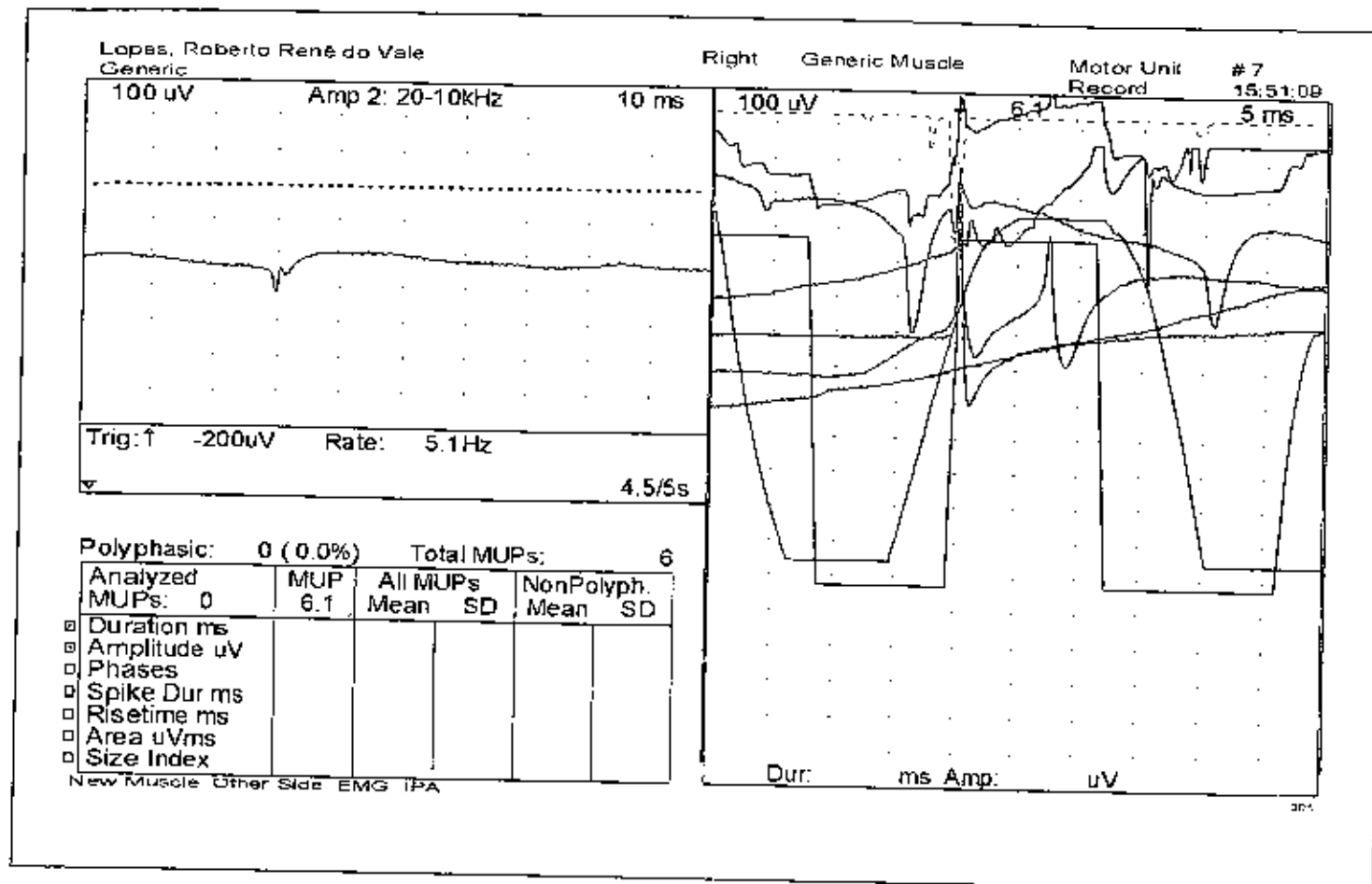
08 JAN 2018

RENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coello de Resende, 435 Loja C

Curitiba - Paraná CEP: 81400-121

Nicolet VikingSelect VIASYS Healthcare Neurocare



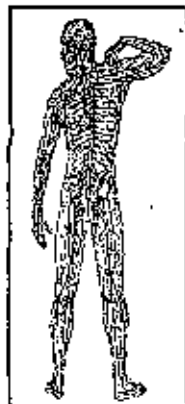
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

08 JAN. 2018

SENTE SEGURODORA S.A

Rua Coelho de Resende, 155 Loja C

Centro - Niterói CEP: 24090-171



ENDOGRAFOS

INSTITUTO DE AVALIAÇÃO EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA E ELETRONEUROMIOGRAFIA LTDA

Nome: **Roberto Rene do Vale Lopes**

Idade: **43 anos**

Médico: **Fernando Couto de Oliveira**

Profissão: **Vendedor**

Nº Exame: **02227/2017**

Data: **05/09/2017**

ELETRONEUROGRAFIA

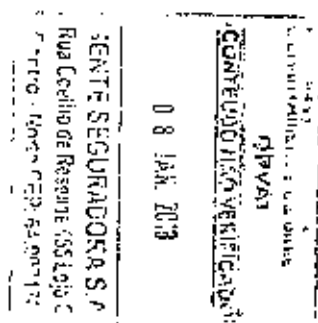
Temperatura ambiente: **28 °C**

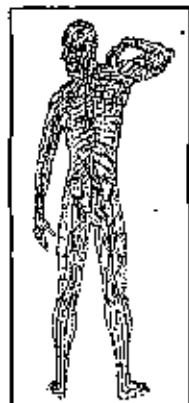
Velocidade de Condução Sensitiva: **Antidrômica**

Nº	NERVO	PONTO DE ESTIMULAÇÃO	PONTO DE REGISTRO	LATÊNCIA (ms)	AMPLITUDE (µV)	DISTÂNCIA (cm)	VELOCIDADE DE CONDUÇÃO (m/s)
01	Fibular Superficial direito	Perna	tornozelo	-	-	14,0	Não Obtida
02	Fibular Superficial esquerdo	Perna	tornozelo	2,2	8,0	14,0	64,0

* Latência do potencial de ação do nervo sensitivo (PANS) medida a partir do início da deflexão negativa se PANS bifásico ou no pico da deflexão positiva se PANS trifásico.

* Temperatura medida com termômetro infravermelho de mira laser mantida igual ou acima de 32° C no dorso da falange distal do 2º dedo (MMSS) e 28° C no dorso do hálux (MMII).





ENDOGRAFOS

INSTITUTO DE AVALIAÇÃO EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA E ELETRONEUROMIOGRAFIA LTDA

Nome: **Roberto Rene do Vale Lopes**

Idade: **43 anos**

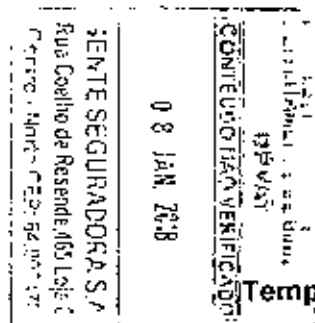
Médico: **Fernando Couto de Oliveira**

Profissão: **Vendedor**

Nº Exame: **02227/2017**

Data: **05/09/2017**

ELETRONEUROGRAFIA



Temperatura ambiente: **28 °C**

Velocidade de Condução Motora:

Nº	NERVO	EST. PROXIMAL	LAT. (ms)	AMP. (mV)	EST. DISTAL	LAT. (ms)	AMP. (mV)	PONTO DE REGISTRO	DIST. (ms)	VELOCIDADE DE CONDUÇÃO (m/s)
01	Fibular profundo direito	joelho	-	-	tornozelo	-	-	Extensor Curto Dedos do Pé	-	Não Obtida
02	Tibial direito	joelho	15,8	3,2	tornozelo	5,5	3,3	Abdutor do Hálux	44,0	43,0

* Latência do potencial de ação do nervo motor (PAMC) medida a partir do início da deflexão negativa.

* Temperatura medida com termômetro infravermelho de linha laser mantida igual ou acima de 32° C no dorso da falange distal do 2º dedo (MMSS) e 28° C no dorso do hálux (MMII).



ENDOGRAFOS

INSTITUTO DE AVALIAÇÃO EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA E ELETRONEUROMIOGRAFIA LTDA

Nome: **Roberto Rene do Vale Lopes**
 Médico: **Fernando Couto de Oliveira**
 Nº Exame: **02227/2017**

Idade: **43 anos**
 Profissão: **Vendedor**
 Data: **05/09/2017**

INTE SECURADORA S.A.
 Rua Celso de Resende, 455 Loja C
 Fone: (11) 5081.64.000172
 08 JAN 2018
 CONTROLE DA VERIFICAÇÃO
 01/04/17

ELETROMIOGRAFIA

	MÚSCULO	NERVO	RAIZ	REPOUSO	POTENCIAL DE AÇÃO DE UNIDADE MOTORA			
					AMP.	DURAÇÃO	POTENCIAL POLIFÁSICO	RECRUTAMENTO
01	Vasto Medial Direito	Femoral	L2 3 4	SE	NL	NL	NL	NL
02	Tibial Anterior Direito	Fibular Profundo	L4 5	SE	NL	NL	NL	NL
03	Gastrocnêmio Medial Direito	Tibial	S1 2	SE	NL	NL	NL	NL
04	Extensor Curto Dedos Pé Direito	Fibular Profundo	L4 5 S1	Fib. + Ondas Pos.	NL	NL	Aum.	Muito rar.
05	Abdutor Hálux Direito	Tibial-Plantar Medial	L5 S1 2	Fib. + Ondas Pos.	NL	NL	NL	Rar.

LEGENDA:

Fib. = Fibrilações; Ondas Pos. = Ondas Positivas; Fasc. = Fasciculações; Desc. Rep. Comp. = Descargas Repetitivas Complexas; NL = Normal; SE = Silêncio Elétrico; AUS = Ausente; Aum. = Aumentada; Dim. = Diminuída; Rar. = Rarefeito; Pouco Rar. = Pouco Rarefeito; Muito Rar. = Muito Rarefeito; Raros PAUM = Raros Potenciais de ação de unidade motora.

ESTUDO DE NEUROCONDUÇÃO VALORES NORMAIS NO ADULTO

NEUROCONDUÇÃO SENSITIVA

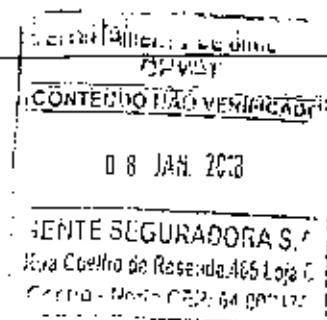
NERVO	Registro	Amplitude (μ V)	Condução Velocidade (m/s)	Latência Distal (ms)	Distância Distal (cm)
Mediano	2º dedo	≥ 20	≥ 50	$\leq 3,5$	13,0
Ulnar	5º dedo	≥ 17	≥ 50	$\leq 3,1$	11,0
Radial Superficial	dorso da mão	≥ 15	≥ 50	$\leq 2,9$	10,0
Cutâneo Dorsal do Ulnar	espaço interdigital 4º - 5º dedos	≥ 8	≥ 50	$\leq 2,5$	8,0
Cutâneo Lateral do Antebraço	antebraço lateral	≥ 10	≥ 55	$\leq 3,0$	12,0
Cutâneo Medial do Antebraço	antebraço medial	≥ 5	≥ 50	$\leq 3,2$	12,0
Sural	maléolo externo	≥ 6	≥ 40	$\leq 4,4$	14,0
Fibular Superficial	tornozelo	≥ 6	≥ 40	$\leq 4,4$	14,0
Safeno	tornozelo medial	≥ 4	≥ 40	$\leq 4,4$	14,0
Plantar Medial	tornozelo medial	≥ 2	≥ 35		Variável
Plantar Lateral	tornozelo medial	≥ 1	≥ 35		Variável
Calcâneo	calcâneo medial	≥ 5	≥ 50	$\leq 2,0$	Variável

NEUROCONDUÇÃO MOTORA

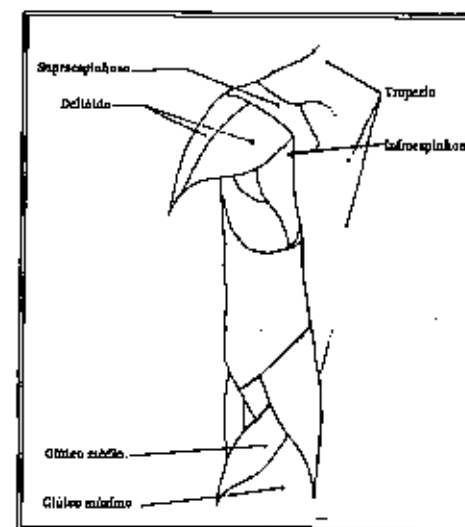
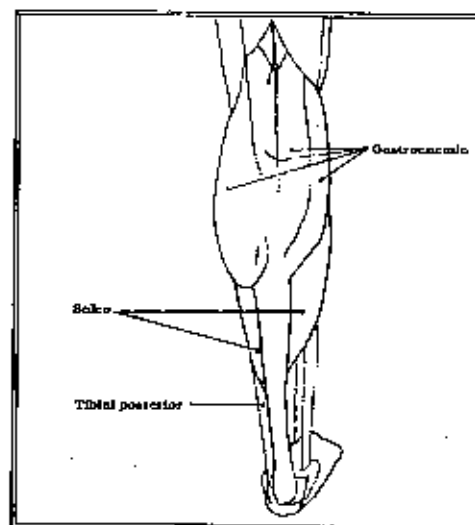
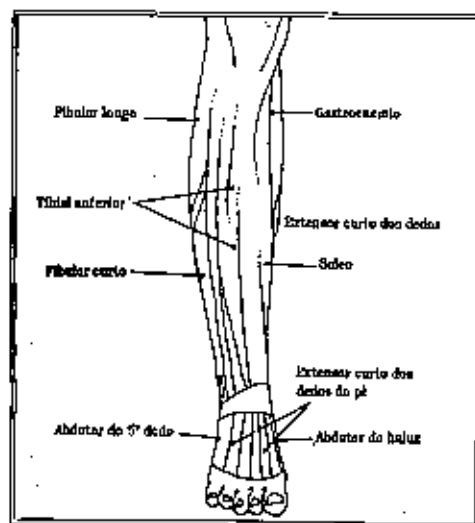
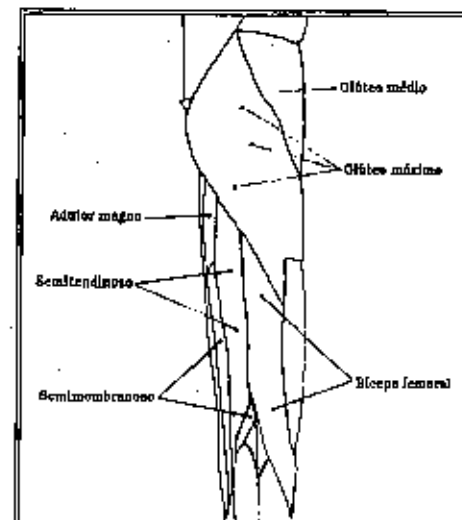
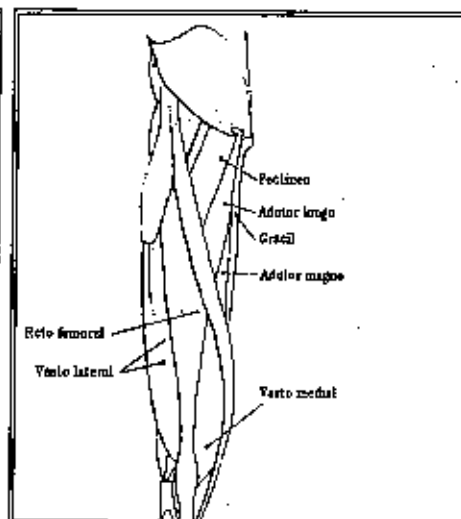
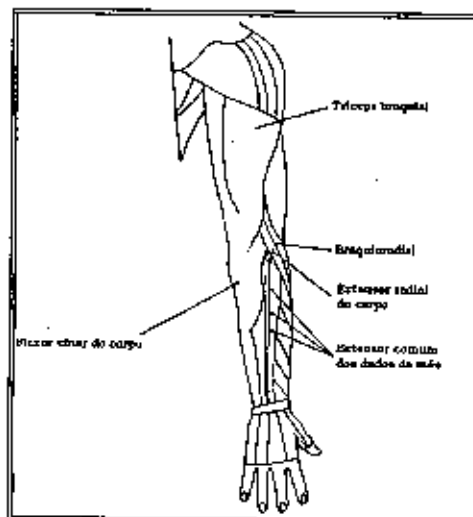
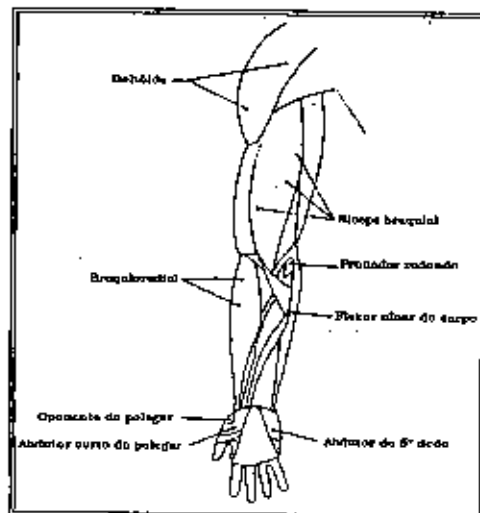
NERVO	Registro	Amplitude (μ V)	Condução Velocidade (m/s)	Latência Distal (ms)	Distância Distal (cm)
Mediano	Abdutor curto do polegar	$\geq 4,0$	≥ 49	$\leq 4,4$	7,0
Ulnar	Abdutor do 5º dedo	$\geq 6,0$	≥ 49	$\leq 3,3$	7,0
Ulnar	1º Interósseo dorsal	$\geq 7,0$	≥ 49	$\leq 4,5$	8,0 - 12,0
Radial	Extensor próprio do indicador	$\geq 2,0$	≥ 49	$\leq 2,9$	4,0 - 6,0
Tibial	Abdutor do hálux	$\geq 4,0$	≥ 41	$\leq 5,8$	9,0
Tibial	Abdutor do 5º dedo do pé	$\geq 3,0$	≥ 41	$\leq 6,3$	10,0
Fibular	Extensor curto dedos do pé	$\geq 2,0$	≥ 44	$\leq 6,5$	9,0
Fibular	Tibial anterior	$\geq 5,0$	≥ 44	$\leq 6,7$	5,0 - 10,0

RESPOSTAS TARDIAS





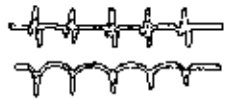


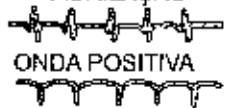



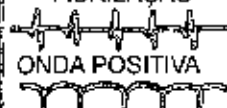
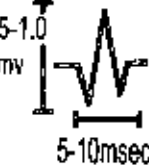











NERVO	ONDA F Latência (F) Mínima (ms)	REFLEXO H Latência (H) Mínima (ms)
Mediano	$\leq 31,0$	
Ulnar	$\leq 32,0$	
Tibial	$\leq 56,0$	$\leq 34,0$
Fibular	$\leq 56,0$	N/A



TERRITÓRIOS MUSCULARES EXAMINADOS



ACHADOS TÍPICOS EM ELETROMIOGRAFIA

LESÃO	LESÃO NEUROGÊNICA		LESÃO MIOGÊNICA			
Etapas de EMG	NORMAL	NEURÔNIO MOTOR INFERIOR	NEURÔNIO MOTOR SUPERIOR	MIOPATIA	MIOTONIA	POLIMIOSITE
ATIVIDADE INSERCIONAL	NORMAL 	AUMENTADA 		NORMAL 	DESCARGA MIOTÔNICA 	AUMENTADA 
ATIVIDADE ESPONTÂNEA		FIBRILAÇÃO ONDA POSITIVA 				FIBRILAÇÃO ONDA POSITIVA 
POTENCIAL DE UNIDADE MOTORA	0.5-1.0 mv 5-10msec 	UNIDADES MOTORAS GRANDES RECRUTAMENTO LIMITADO 	NORMAL 	UNIDADES MOTORAS DE PEQUENA AMPLITUDE 	DESCARGA MIOTÔNICA 	UNIDADES MOTORAS DE PEQUENA AMPLITUDE 
PADRÃO DE INTERFERÊNCIA	COMPLETO 	RAREFEITO TAXA DE DISPARO RÁPIDA 	RAREFEITO TAXA DE DISPARO LENTA 	COMPLETA BAIXA AMPLITUDE 	COMPLETA BAIXA AMPLITUDE 	COMPLETA BAIXA AMPLITUDE 



Centro de Ortopedia

Rua Gardênia, 767 - Jockey Club:
Cep 64049.200 - Teresina/PI:
Fone: 86 3233 9090.

Nome: ROBERTO RENÊ DO VALE LOPES
Convênio: UNIMED INTERCÂMBIO
Solicitante: Dr. FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Código: 002999.18 [Ext]

Idade: 44 anos
Sexo: MASC
Data: 01/09/2017 12:15:00

RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO (02 INC)

ACHADOS:

Fratura cominutiva do terço médio da clavícula.

Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.

Partes moles sem particularidades.

CONCLUSÃO:

FRATURA COMINUTIVA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA.

* Para sua maior comodidade, estamos funcionando das 07h às 21h.

Atendimento: Dr. Vítor Alves da Silva
Dr. Vítor
CONTEÚDO VERIFICADO
08 JAN. 2018
INTE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Teresina/PI - CEP: 64000-000

Nota: Esse é um exame complementar e, como tal, deve ser avaliado pelo o médico assistente para correlação clínica e orientação terapêutica.

Dr. Vítor Alves da Silva
CRM-PI 2933

Agende sua consulta através de nosso site:
www.ortomedteresina.com



Centro de Ortopedia

Rua Gardênia, 767 - Jockey Club;
Cep 64049-200 - Teresina/PI;
Fone: 86 3233 9090.

Nome: ROBERTO RENÊ DO VALE LOPES
Convênio: UNIMED INTERCÂMBIO
Solicitante: Dr. FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Código: 002999.14 [Ext]

Idade: 43 anos
Sexo: MASC
Data: 11/08/2017 11:31:00

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA (02 INC)

ACHADOS:

Fratura cominutiva com desvio do terço médio da clavícula.

Partes moles sem particularidades.

CONCLUSÃO:

FRATURA COMINUTIVA COM DESVIO DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA.

* Para sua maior comodidade, estamos funcionando das 07h às 21h.

COMPANHIA DE SEGUROS OPVAY
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2018
AGENTE SEGURADORA S/A Rua Coelho de Resende 465 Loja C Teresina - Maranhão CEP: 64000-170

Nota: Esse é um exame complementar e, como tal, deve ser avaliado pelo o médico assistente para correlação clínica e orientação terapêutica.

Dr. Vitor Alves da Silva
CRM-PI 2933

Agende sua consulta através de nosso site:
www.ortomedteresina.com

PACIENTE: ROBERTO RENE DO VALE LOPES

MÉDICO SOLICITANTE: VITOR ALVES DA SILVA

IDADE: 44A 0M 25D

SEXO: M

PEDIDO: 102811

CÓD. PAC.: 191826

DATA: 15/09/2017



Ultra-X

Credibilidade em diagnósticos médicos

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA PERNA DIREITA

Técnica:

Exame realizado pela técnica fast spin echo, obtendo-se sequências ponderadas em T1 e STIR em aquisições multiplanares, antes e após a administração do meio de contraste paramagnético.

Análise:

Estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.

Não há sinais de fraturas ou de lesões ósseas focais de aspecto agressivo.

Rotura transfixante dos tendões do tibial anterior e extensor longo dos dedos, no terço distal da perna, com gap de cerca de 4,8 cm.

Associam-se pequena coleção interposta entre os cotos tendíneos (mede 1,6 x 1,2 x 0,7 cm - volume de 0,7 ml) e edema dos tecidos adjacentes.

Demais planos musculares anatômicos, sem evidências de lesão ou atrofia.

Não se identificam alterações no trajeto dos feixes vasculares e nervosos.

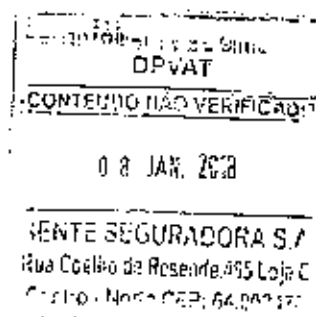
Ausência de formações expansivas.

Impressão Diagnóstica:

- Rotura transfixante dos tendões do tibial anterior e extensor longo dos dedos, no terço distal da perna, com gap de cerca de 4,8 cm.
- Associam-se pequena coleção interposta entre os cotos tendíneos e edema dos tecidos adjacentes.

DR. RENATO DE OLIVEIRA PEREIRA

CRM: 4188 PI



Emitido em: 17/9/2017 às 12:59 - Pedido: 102811 - Paciente: ROBERTO RENE DO VALE LOPES

Página 1 de 1

Dra. Alexandra Silva Malta
CRM-4637

Dr. Antônio Lobão V. Filho
CRM-2697

Dr. Clariluz A. R. Veloso
CRM-2954

Dr. Fábio A. C. Martins
CRM-2812

Dr. Francisco C. da Silva Júnior
CRM-3061

Dr. Giorgio C. Rodrigues
CRM-2831

Dr. Igor Brito Cintra
CRM-3951

Dr. Joyce Dantas Costa
CRM-4274

Dra. Luanda S. Silva Torres
CRM-4503

Dra. Luciana P. Dias
CRM-4884

Dra. Nathaly M. Nery P. N. Santos
CRM-4611

Dr. Renato de Oliveira Pereira
CRM-4188

Dr. Robert W. M. Dantas
CRM-2450

Dr. Roberto C. T. Dantas
CRM-4619

ULTRA-X CENTRO - Rua Antônio de Aguiar, 333, Vila União

ULTRA-X LOJISTY - Rua Antônio de Aguiar, 333, Loja 1

ULTRA-X MEDICAL LEBIT - Av. Amador Pessoa Rocha, 1450, 2º andar, Loja 1

0800-040404

Nome: **ROBERTO RENÊ DO VALE LOPES**
Convênio: **UNIMED INTERCÂMBIO**
Solicitante: **Dr. FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA**
Código: **002999.17 [Ext]**

Idade: **44 anos**
Sexo: **MASC**
Data: **01/09/2017 12:12:00**

ULTRASSONOGRAFIA DA PERNA DIREITA

TÉCNICA:

Exame ultrassonográfico realizado com transdutor de 12,0 MHz, de foco dinâmico.

ACHADOS:

- Tecido adiposo sem alterações.
- Coleção líquida medindo cerca de 1,8x0,6 cm no plano transversal junto ao espaço interósseo no terço distal da perna.
- Tendão tibial anterior apresentando indefinição de suas fibras tendinosas ao nível do terço distal da perna podendo corresponder a área de rotura. Sugiro investigação por método de Ressonância Magnética.
- Ausência de nódulos ou cistos.

CONCLUSÃO:

- Coleção líquida junto ao espaço interósseo no terço distal da perna.
- Tendão tibial anterior apresentando indefinição de suas fibras tendinosas ao nível do terço distal da perna podendo corresponder a área de rotura. Sugiro investigação por método de Ressonância Magnética.

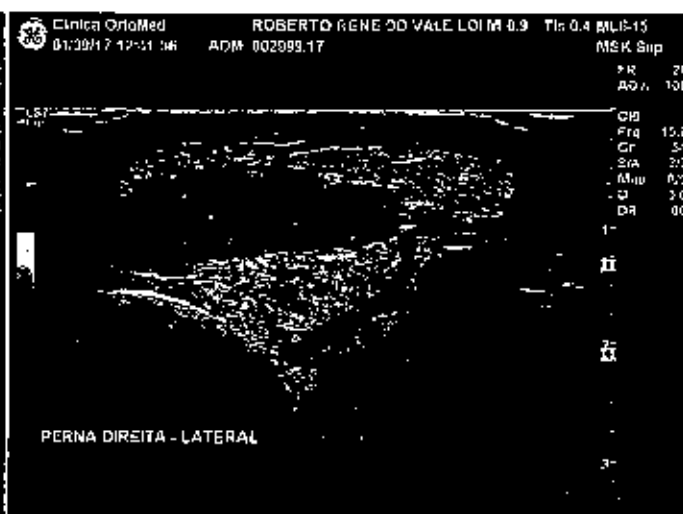
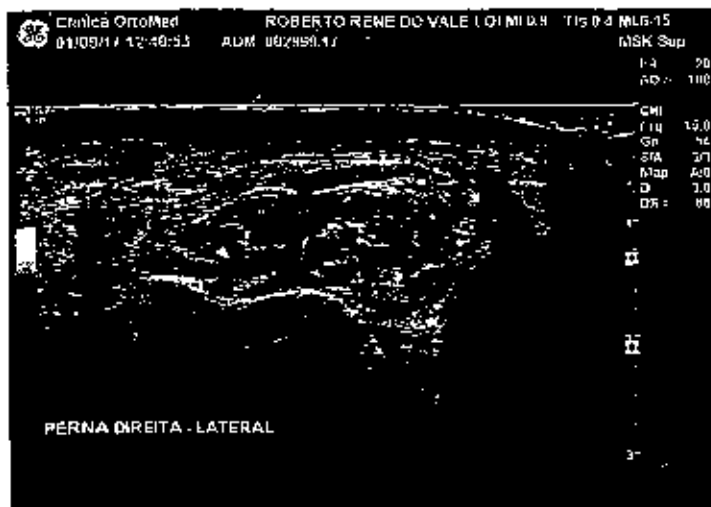
* Para sua maior comodidade, estamos funcionando das 07h às 21 h.

COMPANHIA S.A. S.A. S.A.
QPVAR
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JAN 2018
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Figueiredo, 465 Loja C
Teresina - PI - CEP: 64000-000

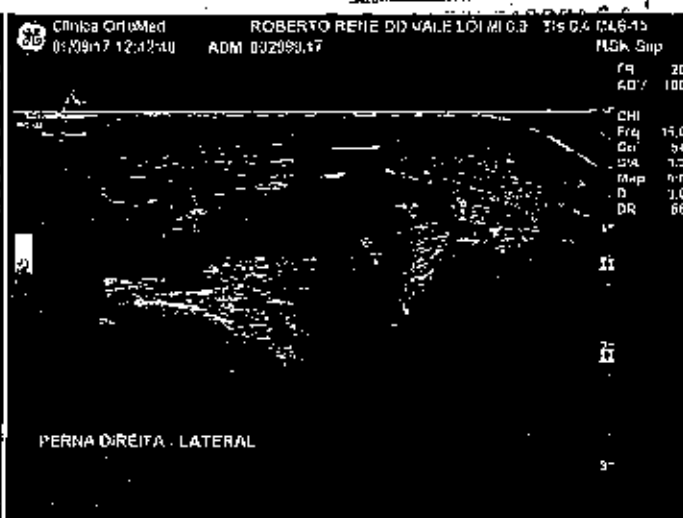
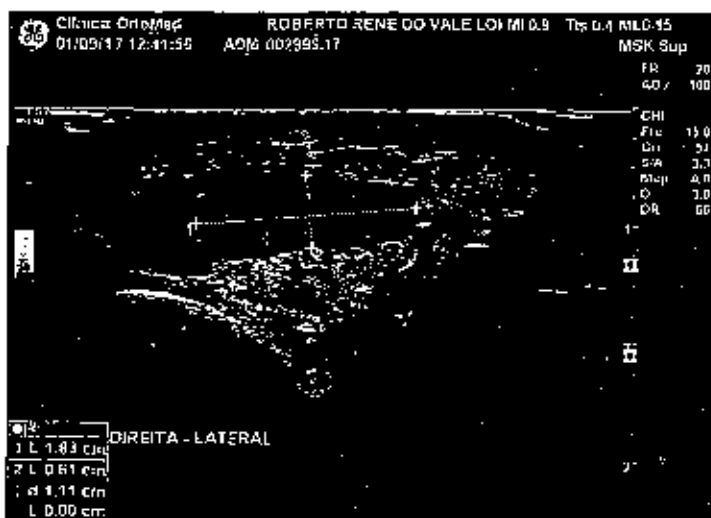
Nota: Esse é um exame complementar e, como tal, deve ser avaliado pelo o médico assistente para correlação clínica e orientação terapêutica.

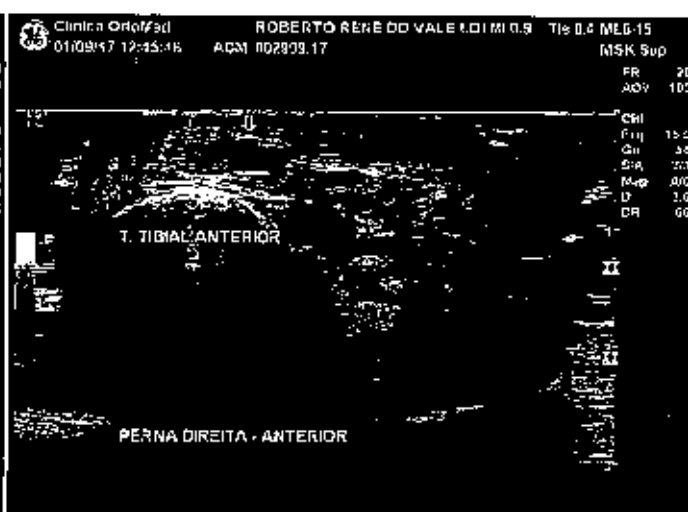
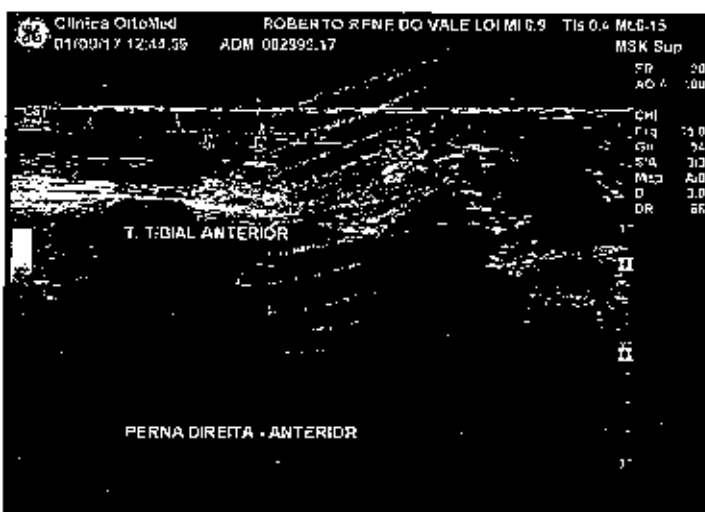
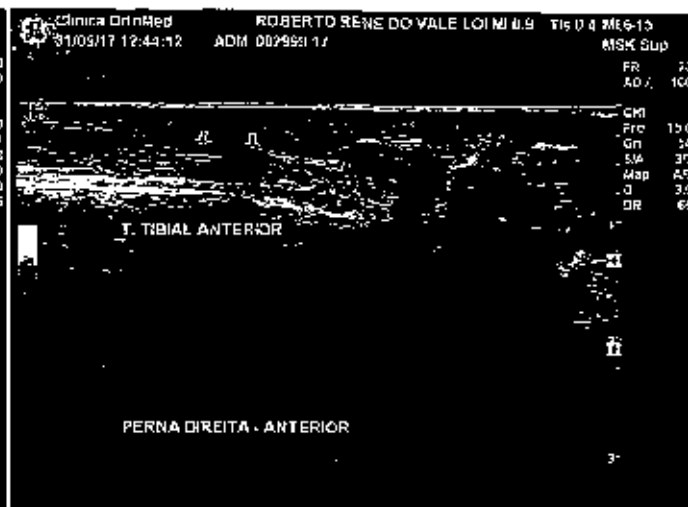
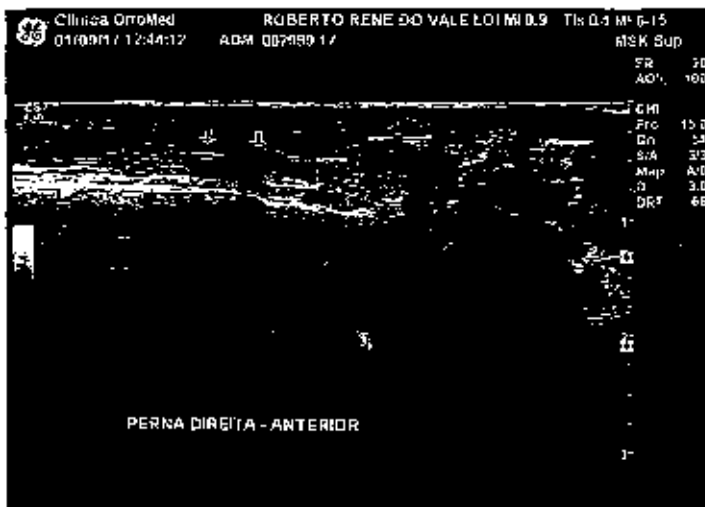
Dr. Vitor Alves da Silva
CRM-PI 2033

Agende sua consulta através de nosso site:
www.ortomedteresina.com

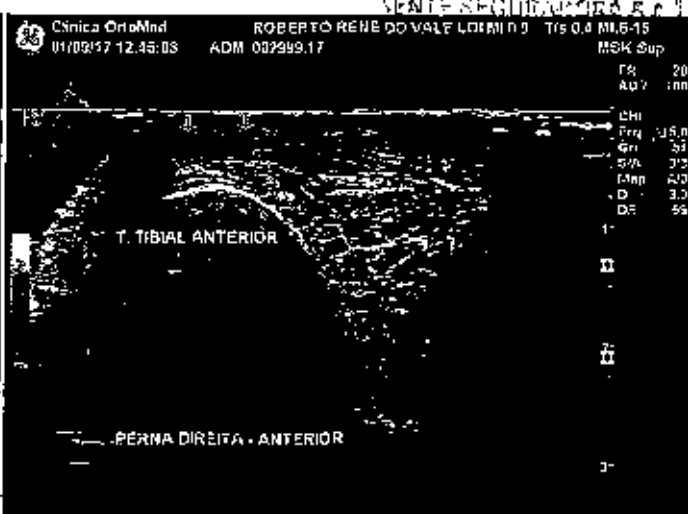
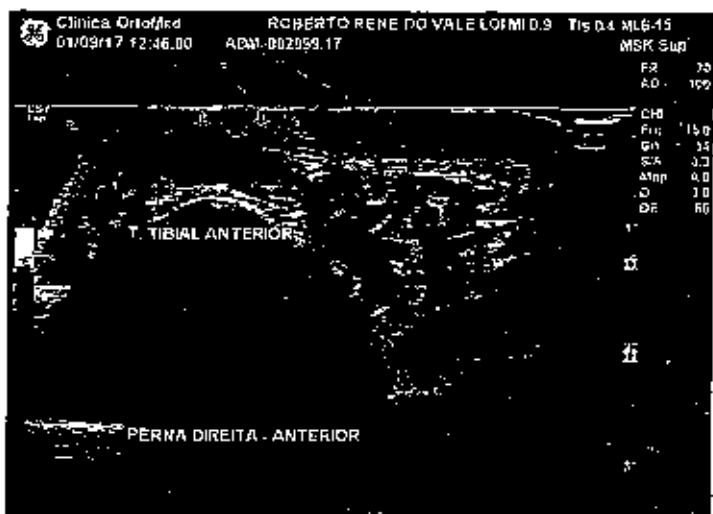


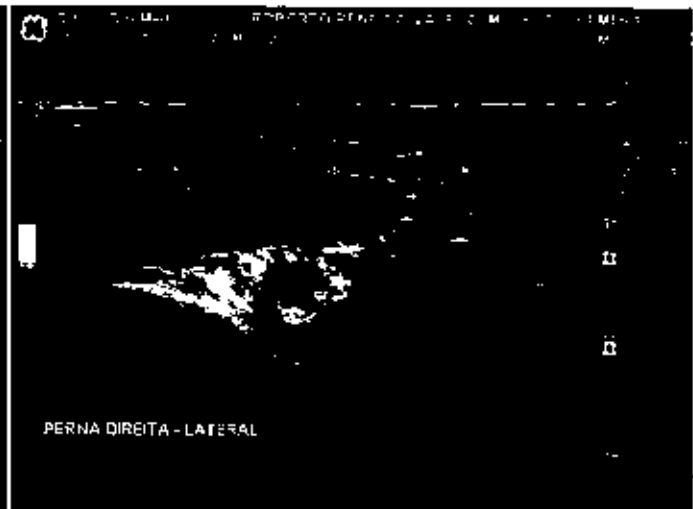
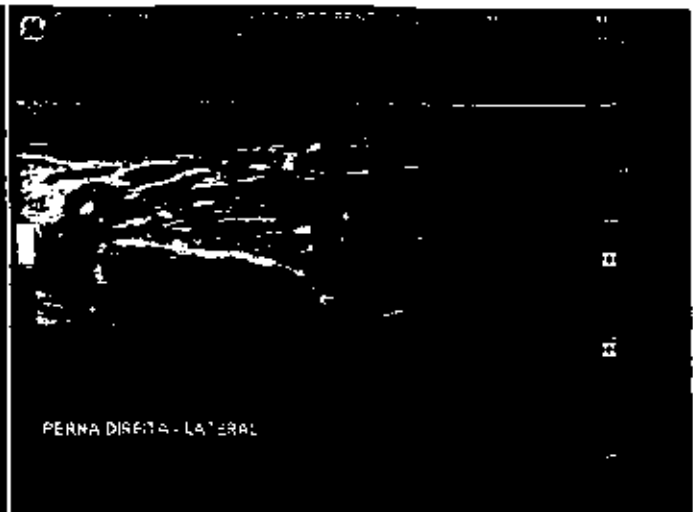
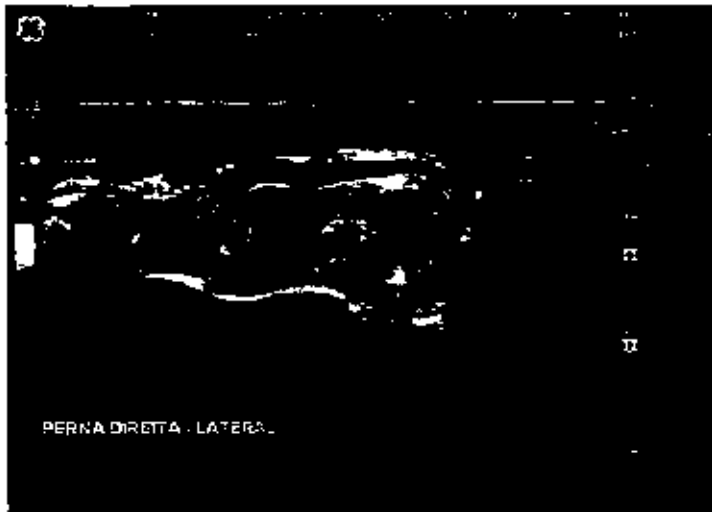
CPVA
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2018





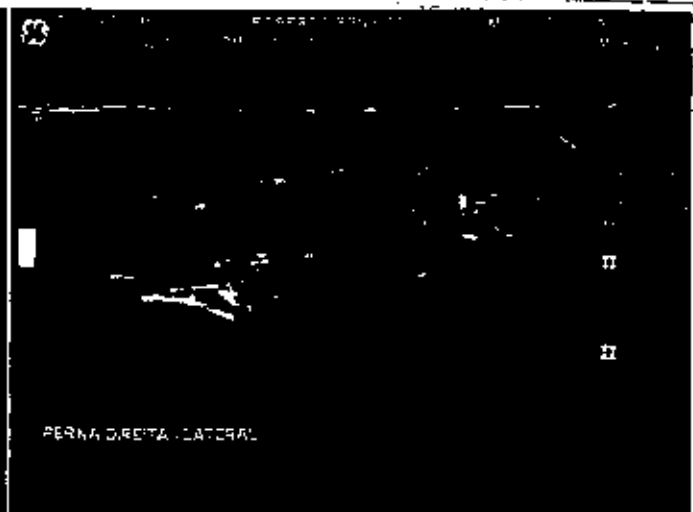
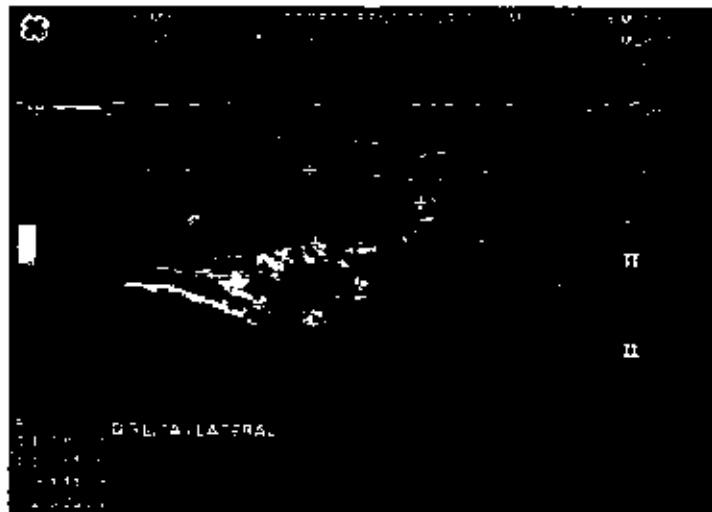
CONTINUAÇÃO DO EXAME
03 JAN 2018
SENTE SEGUIR AMOR A...

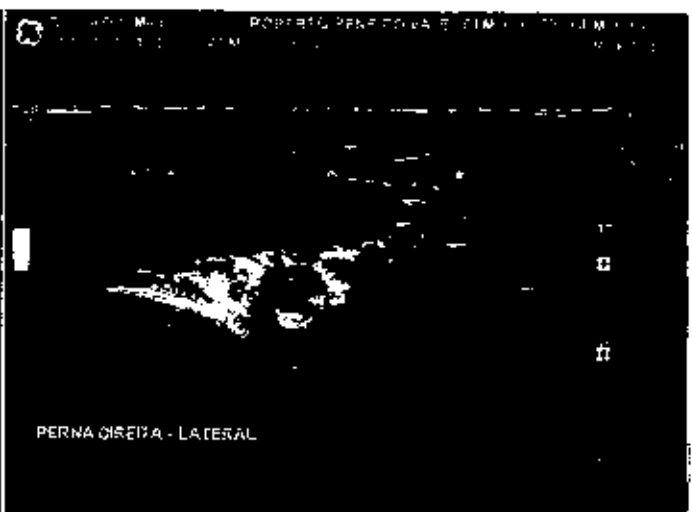
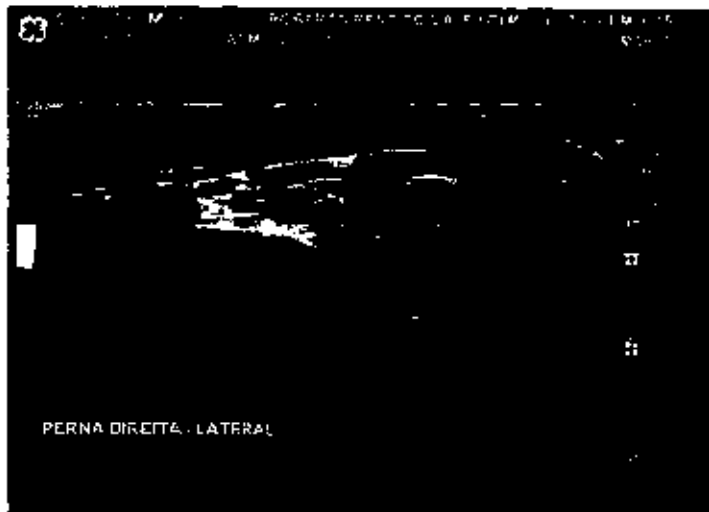
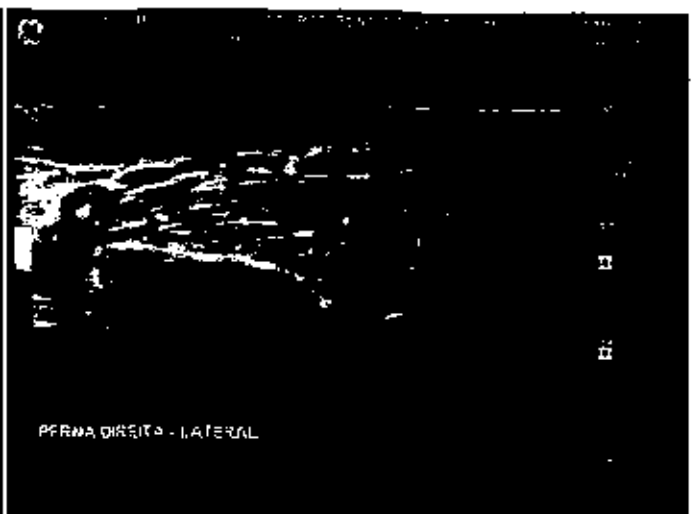




DAVAT
CONTENDO DE VERIFICAÇÃO

08 JAN 2018

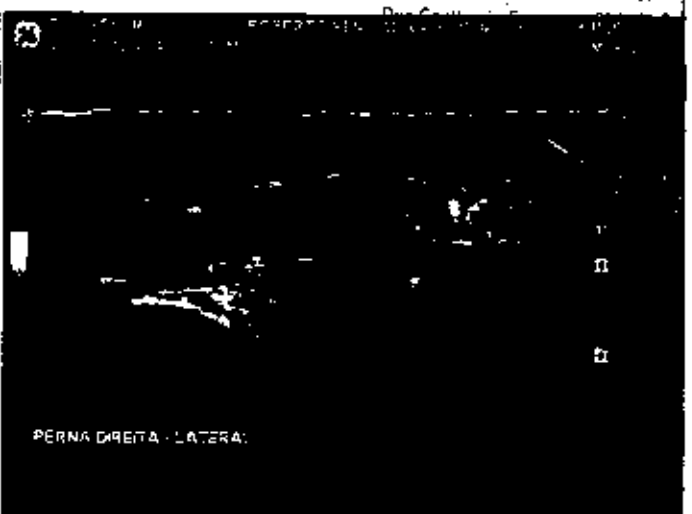
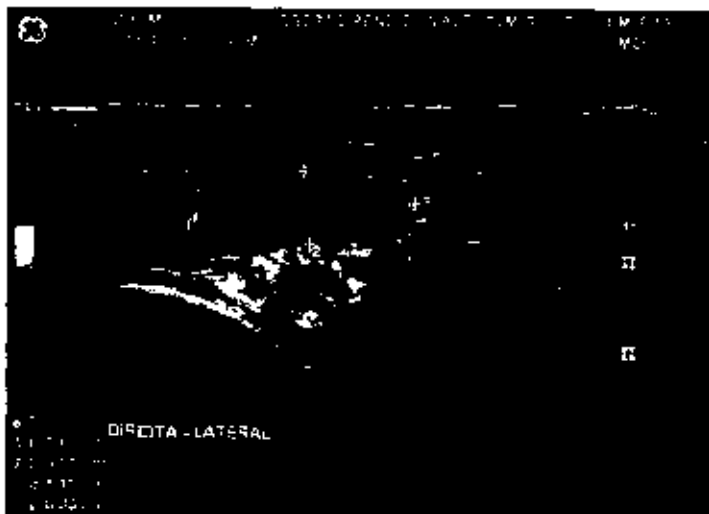


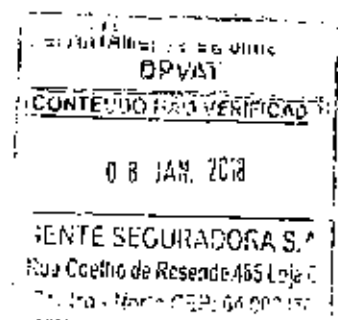
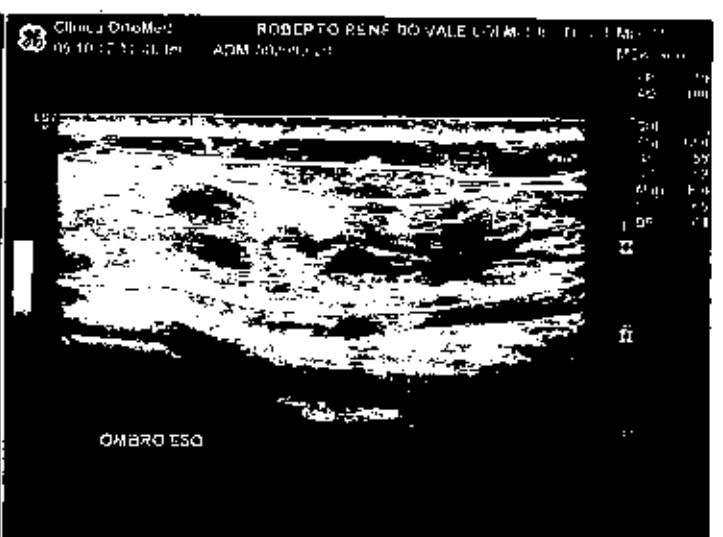
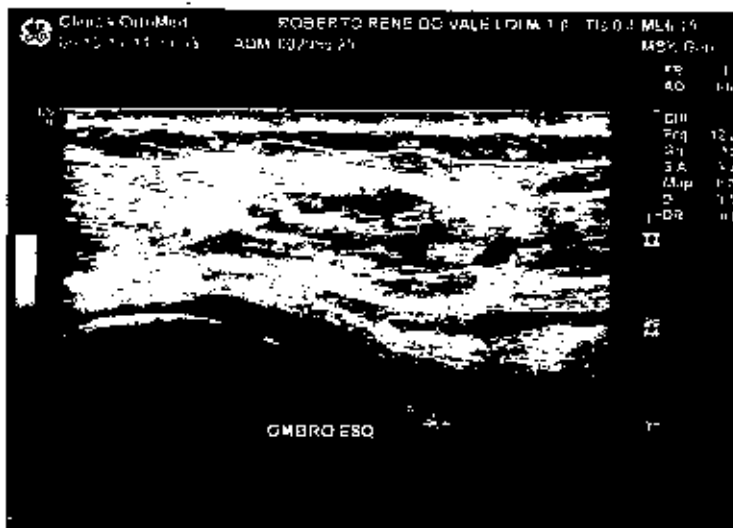
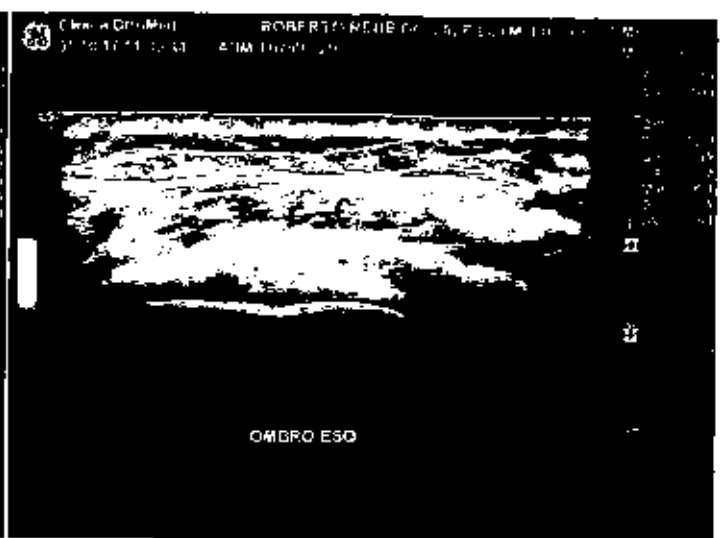
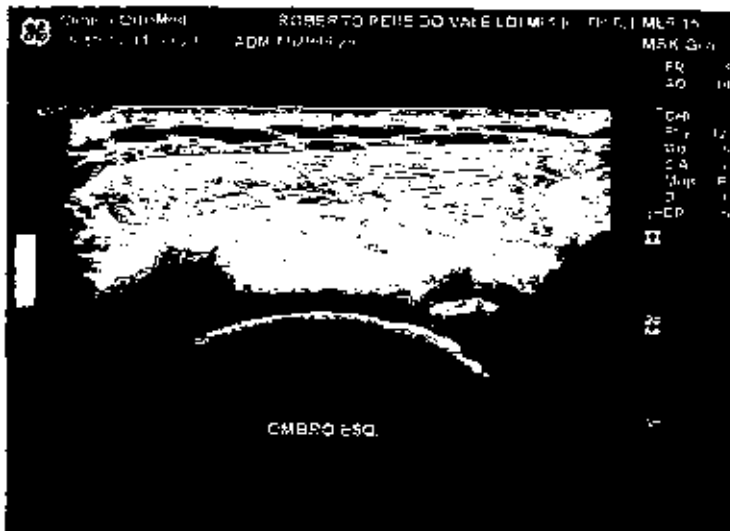


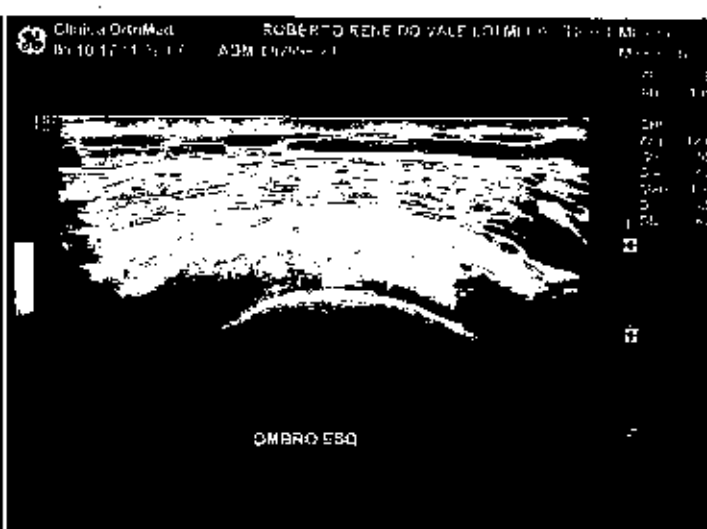
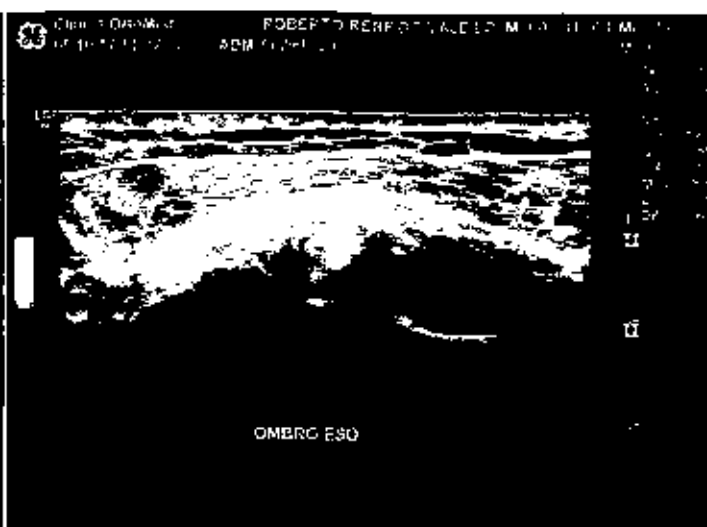
CONTENEDORES VERIFICADOS

09 JAN. 2018

SENTE SEGURADORA S.A.







CONTENIDO NÃO VERIFICADO

08 JAN. 2018

SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Rosa, 165 Loja C
CAMPUS - RJ - CEP: 24.090-171

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180024865 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERTO RENE DO VALE LOPES **Data do acidente:** 06/08/2017 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA LESÃO DO TENDÃO TIBIAL ANTERIOR E EXTENSOR LONGO DOS DEDOS DO PÉ DIREITO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO; APRESENTA CICATRIZES COM HIPOTROFIA MUSCULAR EM TERÇO DISTAL DA PERNA DIREITA; AUSÊNCIA DE CICATRIZES EM TOPOGRAFIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA; ADM DE TORNOZELO DIREITO: EXTENSÃO 0; FLEXÃO 35º; ADM DE OMBRO ESQUERDO: ABDUÇÃO 110º; FLEXÃO 95º; ROTAÇÃO EXTERNA 15º; ROTAÇÃO INTERNA 35º; EXTENSÃO 20º

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM TENORRAFIAS MÚLTIPLAS DE TENDÕES TIBIAL ANTERIOR E EXTENSOR LONGO DOS DEDOS DO PE DIREITO; SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA MEDIANTE USO DE TIPOIA POR 2 MESES; APÓS REABILITAÇÃO, EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Data da perícia: 16/03/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (MS em 30/01/18): 12,5% (ombro E) + 18,75% (tornozelo D). Conduta mantida.
Procedida avaliação médica na cidade de Campo Maior.

Médico examinador: Adriel Herbert de Castro Leao

CRM do médico: 3888

UF do CRM do médico: PI

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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

C1 3GANTE:

Nome: ROBERTO MENE DO VALE LOPES
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
 Profissão: VENDEDOR
 Idade: 13/11/97 CPF: 687.760.203-04
 Endereço: RESSOLUTAL MENASCAR Nº 05, Q-6 Bairro: SÃO LUISZ
 Cidade: CAMPOMARCO UF: RS CEP: 64280-000

OL - RGADO:

Nome: Francisco Givelson Silva Pereira
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
 Profissão: Autônomo
 Idade: 2.606,174 CPF: 012.571.123-92
 Endereço: Rua 19, Q- Z21, Casa 18 Bairro: Parque Estrela
 Cidade: Campo Maior UF: PI CEP: 64280-000

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento e reanálise, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima ROBERTO MENES DO VALE LOPES do ocorrido acidente de trânsito.

Local: CAMPOR MAIOR, UF: PI, Data: 20 de DEZEMBRO de 2017

Roberto Rene do Valle Lopes

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

1. ENTREGA DE DOCUMENTOS
 2. RECEBIMENTO
 3. CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 4. 03 JAN. 2018
 5. SENTE SEGURODORA S.A
 Rua Coelho de Resende, 165 Loja 5
 Centro - Nova Friburgo, RJ 24240-000

**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

Nome do(a) Examinado(a): **ROBERTO RENE DO VALE LOPES** Sinistro: **3180024865** Data: **06/08/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RESID RENASCER I, 005, QD-G CASA-005 - S LUIS - Campo Maior - PI - CEP 64280-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1346197**

Data local do exame: [**30/01/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, LESÃO DE TENDÃO TIBIAL ANTERIOR E EXTENSOR LONGO DOS DEDOS DO PÉ DIREITO. VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO(ADM EM 70°), ELEVACÃO(ADM EM 90°) E ADUÇÃO(10°) DO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR. NO TORNOZELO DIREITO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO COLETE NA CLAVÍCULA ESQUERDA E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM TENORRAFIA NO TORNOZELO DIREITO. REALIZOU FISIOTERAPIA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do tornozelo direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Ombro 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

Região Corporal (Sequela):
Tornozelo direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



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: **3180024865**

Nome do(a) Examinado(a): **ROBERTO RENE DO VALE LOPES**

Endereço do(a) Examinado(a):

RESID RENASCER I, 005, QD-G CASA-005 - S LUIS - Campo Maior - PI - CEP 64280000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1346197**

Data e local do acidente: [**06/08/2017**] **Campo Maior - PI**

Data e local do exame: [**16/03/2018**] **Campo Maior** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA LESÃO DO TENDÃO TIBIAL ANTERIOR E EXTENSOR LONGO DOS DEDOS DO PÉ DIREITO

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

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM TENORRAFIAS MÚLTIPLAS DE TENDÕES TIBIAL ANTERIOR E EXTENSOR LONGO DOS DEDOS DO PE DIREITO; SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA MEDIANTE USO DE TIPOIA POR 2 MESES; APÓS REABILITAÇÃO, EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO

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

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO; APRESENTA CICATRIZES COM HIPOTROFIA MUSCULAR EM TERÇO DISTAL DA PERNA DIREITA; AUSÊNCIA DE CICATRIZES EM TOPOGRAFIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA; ADM DE TORNOZELO DIREITO: EXTENSÃO 0; FLEXÃO 35º; ADM DE OMBRO ESQUERDO: ABDUÇÃO 110º; FLEXÃO 95º; ROTAÇÃO EXTERNA 15º; ROTAÇÃO INTERNA 35º; EXTENSÃO 20º

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

[☒] Sim [☐] Não

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do tornozelo direito

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):

Ombro 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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 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.**

Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (MS em 30/01/18): 12,5% (ombro E) + 18,75% (tornozelo D). Conduta mantida.



Adriel Herbert de Castro Leão - CRM: 3888 - PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
PARTICIPAÇÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ROBERTO RENE DO VALE LOPES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISORA
1346187 SSP RJ

CPF
667.760.203-04

DATA NASCIMENTO
21/08/1973

FILIAÇÃO
RAIMUNDO ROMARO LOPES

LIMA CLARA DO VALE LOPES

PETIÇÃO
ACD
CAT. HEB
EL

Nº REGISTRO
43981728185

VALIDADE
12/11/2018

1ª EMISSÃO
06/10/1997

OBSERVAÇÕES
HABILITADO P/ TRANSPORTE COLETIVO PASSAGEIRO
APTO PARA TRANSPORTE REMUNERADO

Roberto Rene do Vale Lopes

LOCAL
TERESÓPOLIS

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

SOL189691314
EX1314771940

ASSINATURA DO DETENTOR

ASSINATURA DO EMISOR

PROIBIDO PLASTIFICAR
1014531632

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1014531632

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 JAN. 2018

SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Niterói - RJ - CEP: 24090-177



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900
Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

Sr(a). ROBERTO RENE VALE LOPES
Nome:

RELATORIO MEDICO

Paciente refere acidente de trânsito (moto) em 06/08/17, evoluindo com roturas de tendões na perna D, em pos operatorio de tenorrafia do tibial anterior, extensor longo dos dedos, extensor longo do halux D. Posteriormente submetido à reabordagem de lesão do tendão tibial anterior D, com reforço no tendão. Deve evitar esforços físicos no membro inferior D, sem previsão de alta.

CID S96.9
S86.9



Dr. Roberto Rene Vale Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 100211-01-2018

Data Teresina 04 de Junho de 2018

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada



GENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
C.N.P.J. 07.224.198/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-480

10/05/2018
10h30
Folha 1 de 1
Médico: Dr. João Damasceno
Médico: Dr. João Damasceno

BOLETIM DE INTERNAÇÃO

Diag. Provisório: fratura com deslocamento da 1ª costela + contusão das costas
Diag. Principal: fratura da 1ª costela com deslocamento
Causa Mortis: _____
Histo patológico: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente com trauma costal das costas da parte O. direito
de trabalho.

Tratamento TIPO:

() Nenhum () Médico (☒) Cirúrgico () Médico-Cirúrgico
(☒) Eficaz () Ineficaz () Prejudicial () Não avaliada

SAÍDA:

() Curado () Melhorado () Inalterado () A pedido
() Decisão Médica () Evasão Data: ____/____/____ Hora: ____

TRANSFERÊNCIA:

() Fisioterapia () Psiquiatria () Outros

Dr. João Damasceno
ORTOPÉDICO
CRM: 10.000/0001-07



GENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
10/05/2018
10h30
Folha 1 de 1
Médico: Dr. João Damasceno
Médico: Dr. João Damasceno

Visto do Diretor do Hospital

EXISTE COM O ORIGINAL
Diretor de S. Veres Neto
Diretor Administrativo
GENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA



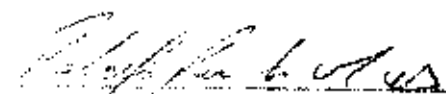
CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
CNPJ: 07.224.188/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900
Av. Miguel Rosa, 3380/Sul - CEP 64.001-490

TERMO DE RESPONSABILIDADE

1. O paciente assume responsabilidade com as despesas médico/hospitalar do paciente internado nesta casa de saúde por ordem médica.
 - 1.1. Todas as despesas, como DIÁRIAS, TAXAS, MÉDICOS, etc., procurar informar-se no momento da internação, com a TESOUREARIA e ou RECEPCIONISTA.
 - 1.2. A quitação da conta hospitalar/médico deverá ser feita no momento da ALTA do paciente, no seguinte horário:
MANHÃ: 07:30 às 11:30;
TARDE: 13:30 às 17:30hs.
 - 1.3. A liberação do PACIENTE está condicionada a quitação do débito, junto a tesouraria.
 - 1.4. Pagamentos em CHEQUE, na liquidação de sua conta deverão ser feitos com cheques distintos, tanto para o hospital, como para os médicos.
 - 1.5. Qualquer fora da praça, só será aceito com apresentação de um documento de identificação e telefone para contato.
 - 1.6. Todos os pertences dentro do Apto/Suíte, serão conferidos. Qualquer dano material será debitado nos depósitos ou usuários.
 - 1.7. A Clínica não se responsabilizará por quaisquer objetos e valores desaparecidos ou extraviados em suas dependências.
2. Pacientes de convênios com direito a enfermagem que optarem por apto ou suíte pagará uma diferença de suíte e receberá uma complementação sobre honorários médicos, de acordo com tabela da AMB.
3. As internações de URGÊNCIA/EMERGÊNCIAS que não forem autorizadas pelo convênio serão pagas pelo usuário ou seu responsável.
 - 3.1. MEDICAMENTOS que não forem pagos pelo CONVÊNIO, serão pagos pelo PACIENTE.
 - 3.2. Paciente particular e Reconômico, o depósito cobrirá somente a quantidade de dias estabelecida na internação citada e se houver complicações pós-cirurgia, o Paciente pagará as diárias, medicações e exames se necessários.
4. Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem ocorrer, em consequência do ato cirúrgico e o anestésico.
5. Em caso de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, estas serão tomadas pela Clínica de acordo com as normas legais.

PACIENTE DAS MEDIDAS, declaro para os fins que aceito.

Teresina(PI), 17 de maio de 2018


Ass. Legal do Responsável

CM: _____

CM: _____

CM: _____

TERESINA
Clínica de B. Veras
Diretor Administrativo
L. C. Veras



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
 C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900
 Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

Dr. Igor Dantas de A. Araújo
 ORTOPEDISTA

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

Diagnóstico: fratura cominada da tíbia proximal
 Operação: osteossíntese intramedular + fixação com placa e parafusos
 Cirurgião: Dr. Igor Dantas de A. Araújo
 1º Auxiliar: Dra. Marina Carvalho 2º Auxiliar: Dr. Igor Dantas de A. Araújo

Instrumentador(a): Katia Circulante: Analy

Técnica e Tática Cirúrgica: Aberto - 30x4 cm na região da tíbia proximal. Anestesia geral + bloqueio da tíbia com cateter epidural. Lavagem da ferida com solução fisiológica. Redução da fratura com tração e fixação com placa e parafusos.

MEDICAMENTOS		MEDICAMENTOS	
Adrenalina 1% 2ml	2	Haloperidol	85
Água destilada 500ml	255	Halothano	80
Água destilada 10ml	11	Heparina 50	87
Aminoclor	18	Ketalar	193
Aspirina 1g	34	Narcen	244
Cefotaxima 1g	45	Neocaina 0,5% clad	115
Dexametona 4mg	275	Neocaina 0,5% isobárica	117
Diamor 0,2mg	54	Neocaina 0,5% pesada	118
Diamor 1mg	52	Neocaina 0,5% s/oad	116
Dietilina	53	Necaticina pom	119
Dormio 15mg	54	Novalgina amp	121
Draponol	190	Pancuron	274
Esteril	55	Plasil	130
Fentanil 10ml	61	Propofol 10mg	272
Fentanil 2ml	62	Prostigmina	200
Gentamicina 40mg	77	Quelidon	201
Glicose 50%	242	Travoprost	201

MEDICAMENTOS		MEDICAMENTOS	
Água oxigenada	13	Corretor de acidez	35
Água destil	08	Compress G	39
Água peróxido 18 G	7	Compress F	30
Água mara 25 G	8	Diana benzocaína	260
Água mara 26 G	14	Ecdip maxigela	191
Água mara 27 G	9	Ecdip sangue	192
Água mara 29 G	10	Espasmodril	58
Alcool 70%	15	Ester	58
Amoxicilina	258	Formel	76
Argatrofina	265	Gase 8.0	40
At. Algodão 20g	20	Gelco	80
At. Crepe 10 cm	21	Gelo descartável	260
At. Crepe 15 cm	22	Indo 3 2%	54
At. Crepe 20 cm	23	Laneta biolun	191
At. Gaze 20 cm	24	Lupa procedimento	98
Betametazona	284	Luvax 7.500.0	90
Cetalar comprimido	292	Mascara fac	190
Cetalar injetável	299	Minipora 12.500	75

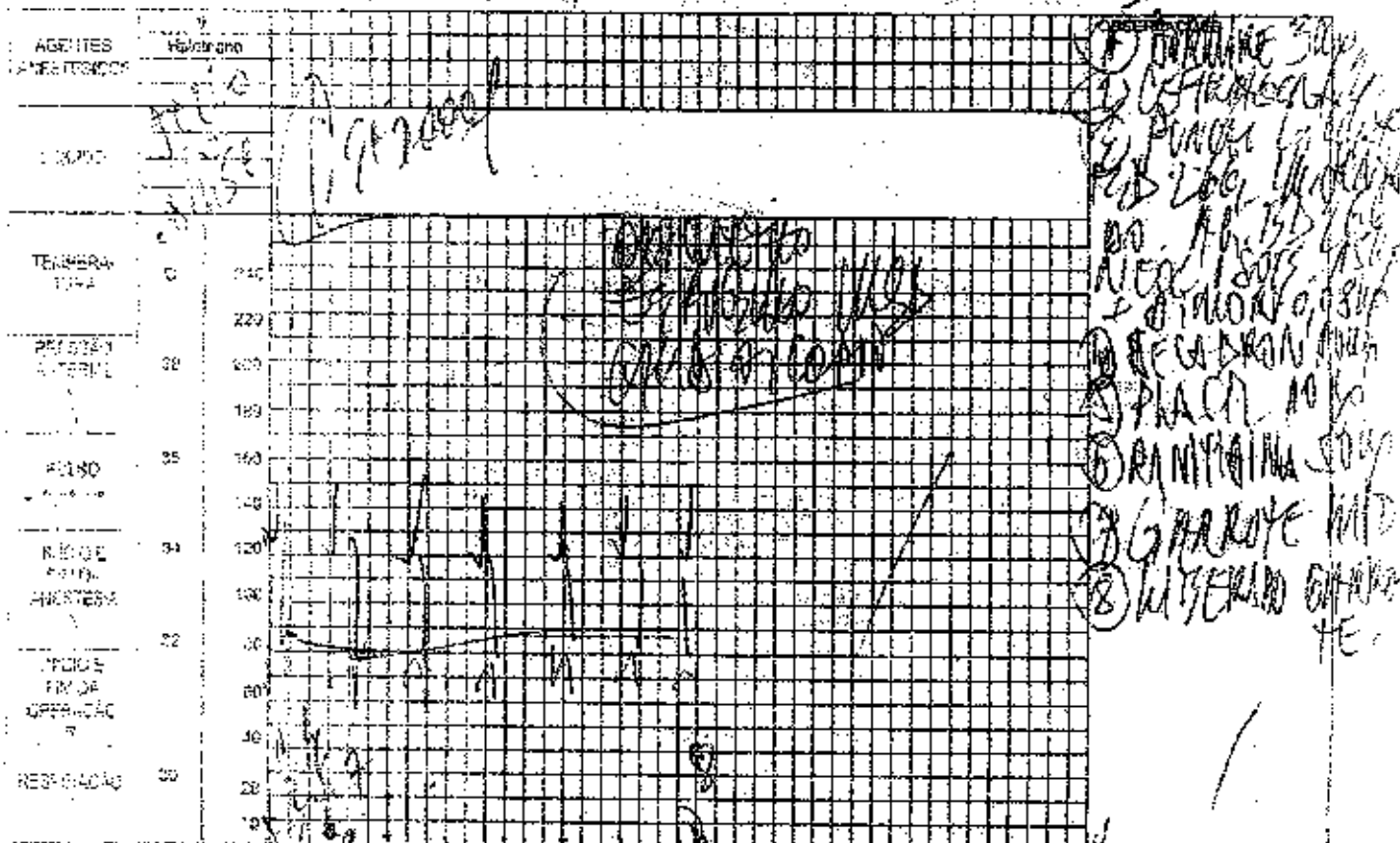
FOS		FOS	
Cera 0.5% 11.315	147	Monoclonal 3-0/5/00	105
Cremona 0.5% 11.315	280	Monoclonal 4-0/5/00	107
Cremona 1.0% 11.315	279	Monoclonal 6-0/5/00	111
Cremona 1.5% 11.315	280	Monoclonal 7-0/5/00	108
Ecdip 12.500.0	40	Monoclonal 8-0/5/00	109
Ecdip 15.000.0	40	Monoclonal 9-0/5/00	110
Ecdip 17.500.0	104	Monoclonal 10-0/5/00	112
Ecdip 20.000.0	105	Monoclonal 11-0/5/00	113

Data: 17/05/18 Cirurgião - CRM: 15.112.18

Dr. Igor Dantas de A. Araújo
 ORTOPEDISTA

12/20/2019

1



15:20-17:10 17:10 am

TAMM HANSHETTA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

~~10~~ AUG 20 19

GENTP SE
 DE AZORON AR CON P IN DON
 Centro-Norte C-2, 465 Loja C
 Torosin C-2, 465 Loja C
 G-2, 465 Loja C

QUANT.	PAC. TRANSFUNDIDO	OXIGENIO/h	PROTO. DE AZOTOS	ARCO DE PUNDO
05	RK	Início:	Início:	
Cand. Hom	ml unid	Tér.:	Tér.:	
	ml unid	Durac:	Durac:	
	ml unid			
	ml unid			

EQUIPAMENTOS

Classe	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Intensificador de imagem	<input type="checkbox"/> 1	Campe pneumático	<input checked="" type="checkbox"/> 1
Arquivo digital	<input type="checkbox"/> 1	Aparelho endoscópico	<input type="checkbox"/> 1	Oxímetro	<input checked="" type="checkbox"/> 1
Sistema de vídeo	<input type="checkbox"/> 1	Desfibrilador	<input type="checkbox"/> 1	Lipsoplástica	<input type="checkbox"/> 1
Monitor de vídeo	<input type="checkbox"/> 1	Aspirador	<input type="checkbox"/> 1	Fibra ótica	<input type="checkbox"/> 1
Monitor cardíaco	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Lupa cirúrgica	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1

MATERIALES E PRÓTESES

Parafuso cortical nº	P					Cimento ortop.		
Quantidade	G					Prótese:		
Parafuso microbol nº	P					Acetábulo:		
Quantidade	G					Haste Kuntzschler:		
Parafuso esguicho nº	P					Fixador externo:		
Quantidade	G							
Paraf. Intef. Trôvão nº								
Quantidade								

Index

Anestesista – CRM:

COPIA COM O ORIGINAL
Cidade de São Paulo, 15 de Maio de 1964
M. S. S. P. - 15.000.000

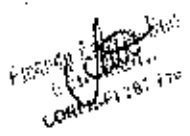
Centro Ortopédico Teresina Ltda		Convênio	UNIMED
Paciente	ROBERTO RENE VALE LOPES	Data	17/05/2018 13:42
Idade	21/08/1973 - 44 anos	Pront. No.	0023570
Médico	DR IGOR DAMASCENO ASSUNCAO ARAUJO	Situação	Fechado
Peso	0,00 Kg	Altura	0,00 m

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

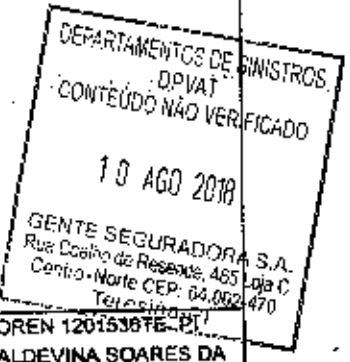
SINAIS VITAIS:

HORA	PRESSÃO	FR	FC	TEMP.	Saturacao	Glicemia	Responsável
17/05/2018 18:00	130 x 90mmHg	0irm	67bpm	35,8°C	98%	0mg/dL	GSS
17/05/2018 23:54	120 x 70mmHg	0irm	56bpm	35,6°C	98%	0mg/dL	AAD

Evolução:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
17/05/2018 23:49	Segue em POI por microneurólise + tenoplastia em perna D. Calmo, consciente, orientado, fásico, em repouso no leito. HV em MSE com boa infusão, sem sinais flogísticos. Curativo oclusivo + gesso fechado tipo bota em MID. Aceita dieta oferecida VO. Diurese em observação. Sono e repouso satisfatórios. Sem queixas algicas no momento. COREN 397716ENF PI AMANDA AMORIM DIAS	

anotação:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
17/05/2018 13:42	Admitido para tratamento cirúrgico por MICRONEUROLISE+ TENOPLASTIA, ENXERTO DE TENDÃO EM PERNA D. 44 anos, 85 Kg. Acompanhado DAS IRMAS, proveniente da cidade de CAMPO MAIOR PI, Deambulando sem auxílio. Nega HAS e DM. Desconhece alergia medicamentosa. realizou cirurgia EM 30/09/2017. SEGUE JEJUM DESDE AS 08:00HS DA MANHA, CALMO, FASICO, CONSCIENTE. Eliminações fisiológicas presentes. EXAMES em anexo no prontu COREN 1201538TE PI GALDEVINA SOARES DA SILVA	
17/05/2018 15:20	ENCAMINHADO AO CC.	COREN 1201538TE PI GALDEVINA SOARES DA SILVA
17/05/2018 17:55	Retornou do CC em POI por MICRONEUROLISE+ TENOPLASTIA, ENXERTO DE TENDÃO EM PERNA D, sob efeito de anestesia RAQUE. HV em MSE com boa infusão, sem sinais flogísticos. Curativo oclusivo em FO. Orientado quanto a liberação da dieta e os efeitos pós anestésicos. Diurese em observação. CALMO, FASICO, CONSCIENTE. Sem queixas algicas no momento.	COREN 1201538TE PI GALDEVINA SOARES DA SILVA

Multidisciplinar:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
------	-----------	-------------

Handwritten signature and text:
 Teresina, 06 de Maio de 2018
 Carimado de B. Veres Nogueira
 Diretor Administrativo
 16.05.2018 09:10:48

Centro Ortopédico Teresina Ltda			
Pac.	ROBERTO RENE VALE LOPES	Data	17/05/2018 13:49
Idade	44 Anos 8 Meses 26 Dias	Pront.	0023570
Médico	GALDEVINA SOARES DA SILVA	Presc.	Página: 1/1
Leito	ENFEEMARIA LEITO 2 No: 4 Lt: 2	Peso/Alt.	0,00 Kg 0,00 m

1	Dieta branda após RA,	
2	Soro glicosado 5%, 500ml EV. Soro Fisiológica 0,9% 1000ml PMV	

EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

	MEDICAÇÃO	HORÁRIO
3	Ceftriax 1g + AD, EV, 12/12	(H) 15:00 03:00
4	Tilatil 20mg + AD, EV, 12/12	(H) 15:00 03:00
5	Dipirona 3cc + AD, EV, 6/6h	(H) 15:00 21:00 03:00
6	Ranitidina 50mg + AD, EV, 8/8h	(H) 15:00 23:00 07:00
7	Tramal 100mg + 100ml SF 0,9%, EV, 8/8h	(H) 15:00 23:00 07:00
8	Nauseadron 4mg + AD, EV, 8/8h, S/N	(H) 15:00 23:00 07:00
9	Diazepam 10mg, VO, S/N	(H) 15:00 23:00 07:00
10	Sonda vesical de alívio, S/N	(H) 15:00 23:00 07:00
11	SSVV + CCGG	(H) 15:00 23:00 07:00

Dr. Igor Damasceno Assunção Araújo
CRM 3802-PI

DR. IGOR DAMASCENO ASSUNÇÃO ARAÚJO
CRM 3802-PI

Carimbo de B. Yeres Nery
Diretor Administrativo
Centro Ortopédico Teresina Ltda

Centro Ortopedico Teresina Ltda			
Pac.	ROBERTO RENE VALE LOPES	Data	17/05/2018 13:49
Idade	44 Anos 8 Meses 26 Dias	Pront.	0023570
Médico	GALDEVINA SOARES DA SILVA	Presc.	Página: 1/1
Leito	ENFEEMARIA LEITO 2 No: 4 L: 2	Peso/Alt.	0,00 Kg 0,00 m

1	Dieta branda após RA
2	Soro glicosado 5%, 500ml EV, Soro Fisiológica 0,9% 1000ml PMV

EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

	MEDICAÇÃO	HORÁRIO
3	Ceftriax 1g + AD, EV 12/12	(H) 13:00 03:00
4	Tidatil 20mg + AD, EV, 12/12	(H) 13:00 03:00
5	Oxiprona 3cc + AD, EV, 6/8h	(H) 13:00 21:00 02:00
6	Ranitidina 50mg + AD, EV, 8/8h	(H) 13:00 23:00 02:00
7	Tramal 100mg + 100ml SF 0,9%, EV, 8/8h	(H) 13:00 23:00 02:00
8	Nauseadron 4mg + AD, EV, 8/8h, S/N	(H) 13:00 23:00 02:00
9	Diazepam 10mg, VO, S/N	(H) 13:00 23:00 02:00
10	Sonda vesical de alívio, S/N	(H) 13:00 23:00 02:00
11	SSW + CCGG	(H) 13:00 23:00 02:00

Dr. Igor Damasceno Assunção Araújo
CRM 3802-PI
17/05/2018 13:49

DR IGOR DAMASCENO ASSUNCAO ARAUJO
CRM 3802-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Loja C Centro-Norte CEP: 54.002-470 Teresina-PI

Dr. Igor Damasceno Assunção Araújo
CRM 3802-PI
17/05/2018 13:49

Centro Ortopédico Teresina Ltda		Data	18/05/2018 07:00	
Pac.	ROBERTO RENE VALE LOPES		Pront.	0023570
Idade	44 Anos 8 Meses 26 Dias		Presc.	Página: 1/1
Médico	AMANDA AMORIM DIAS		Peso/Alt.	0,00 Kg 0,00 m
Leito	ENFERMARIA LEITO 2 No: 4 Lt: 2			

1

EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

	MEDICAÇÃO	HORÁRIO
1		
2	Realizar troca de curativo <i>SUSPENSO</i>	(H)
3	Retirar hidratação venosa	(H)
4	Alta hospitalar após orientações	(H)

DR IGOR DAMASCENO ASSUNCAO ARAUJO
CRM 3802-PI

Dr. Marina J. Carvalho
SUSCENSO E RORORASSO
2007, 2017, 2018

CLASSE DE B VESTIR NADA
Diretor Administrativo
18/05/2018 07:00

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
10 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 54.062-470
Teresina-PI



Agende sua consulta através de nosso site:
www.ortomedteresina.com



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

Sr(a). ROBERTO RENE VALE LOPES

Nome:

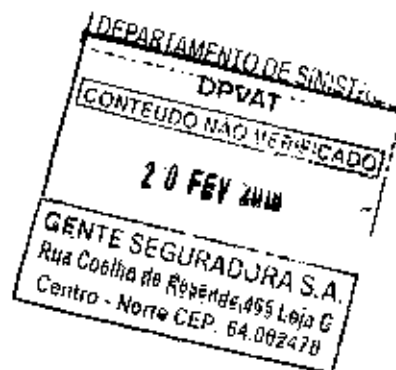
RELATORIO MEDICO

Paciente em pos operatorio de tenorrafia do tibial anterior, extensor longo dos dedos, extensor longo do halux D, com deficit na dorsiflexão do tornozelo, ENMG mostrando neuropatia axonal severa do nervo fibular direito na perna, com sinais de reinervação em curso, neuropatia axonal leve do nervo tibial direito com reinervação. Alterações da eletroneuromiografia decorrentes do trauma ocorrido antes da cirurgia, deve evitar esforços fisicos nessas regiões, sem previsão de alta.

CID S96.9
S86.9

Dr. Ivo Damasceno A. Araújo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de pé e tornozelo
CRM 13027 TCOT 13280

Teresina 18 de Janeiro de 2018
Data ____/____/____



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSFP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu FRANCISCO GUELSON SILVA PEREIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 012571123 / 92 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROBERTO RENE DO VALE LOPES inscrito (a) no CPF sob o Nº 689.960.203-04 do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDEX da Vítima ROBERTO RENE DO VALE LOPES inscrito (a) no CPF sob o Nº 689.960.203-04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSOU Renda: RECUSOU e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA 19, Q. 221</u>		Número <u>18</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>PARQUE ESTRELA</u>	Cidade <u>CAMPO MAIOR</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64280-000</u>
Email <u>FRANCISCOGUELSON3@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>86-99463-9046</u>

CAMPO MAIOR, 08 de JANEIRO de 2018
Local e Data

Francisco Guelson Silva Pereira
Assinatura do Declarante

Atestamos a veracidade dos dados DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2018
SENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1 Centro - Natal - CEP: 54.072-177

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-749/ACTO: 89 (Insc. Estadual: 15.301.387-3)
Nota Fiscal (Conta de Energia Elétrica) - S/Nº: 3-1
Suplente (copiar de matrícula de consumo) - Nº: 55742-06/98

Nº da Nota Fiscal: 000250667

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



CONSUMO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
10/01/2017	14/11/2017	219	219,77

KALLYAHNY OLIVEIRA RODRIGUES QD Z21 LOTE 18
R. 19 18 QD. Z21/P. ESTRELA B-URBANO

CEP: 64.280-000 - CAMPO MAIOR	RO: 306.010.06.49.093800
Anterior: 10277	Anterior: 07/11/2017
Constante de Multiplicação: 10058	Próxima Leitura: 06/10/2017
Consumo Medido: 1,000	Emissão: 06/12/2017
Consumo faturado: 219	Apresentação: 07/11/2017

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe/Subclasse	NORMA	Medidor	Nome
Código Fiel	32	Módulo	12 meses

HISTÓRICO DE CONSUMO		RESUMO DO VALOR DA CONTA	
OUT/17	226	CONSUMO	219 A R\$ 0,839171 = 183,77
SET/17	218	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	28,99
AGO/17	222	RELIACAO	7,78
JUL/17	203	CORRECAO MONETARIA IGPH (2X)	0,19
JUN/17	208	MULTA POR ATRASO (2X)	6,09
MAI/17	245	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER	2,55
ABR/17	195	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	8,38
MAR/17	212		
FEV/17	216		
JAN/17	232		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		183,77	
R\$ 219 - 8,392011			

INFORMACOES ADICIONAIS DE VALORES DE VENCIMENTO

VALOR DO VALOR DA TELA OPCAO VENCIMENTO 14/11/2017
Prazo para pagamento: até 17/10/2017, sob condições de desconto de 5% sobre o valor devido.
O valor devido após o prazo de desconto é de R\$ 219,77.

RESERVADO AO FISCO

DISTRIBUICAO DE VALORES		IMPOSTOS E CONTRIBUICOES - R\$	
Distribuição:	030C.CD30.054C.9028	97CC.E601.E8FC.4A96	
Energia:		Adicional ICMS:	183,77
Transmissão:	37,03	Valor do ICMS:	25,00%
Encargos:	70,41	Valor do COFINS:	45,94
Tributos:	11,07		

INFORMACOES DE COMUNICACAO

CONTROLE DE PAGAMENTO
OPVA7
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2018
SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 655 Loja C
Centro - Niterói CEP: 24.007-171



SAAE		SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO Av. José Patro, 389 - Centro - Campo Maior/PI CEP: 64.280-000 - CNPJ: 05.514.809/0001-00 Fone: (86) 3252-1211 Site: www.campomaior.pi.gov.br							
INSCRIÇÃO: 0015960.5		CLASSE: PAR	TARIFA: R-1	RES: RES	COM: COM	IND: IND	PGB: PGB	OUT: OUT	DATA: 12/2017
HIDRÔMETRO: A13F089999		INSTALAÇÃO: 29/04/14	LOCALIZAÇÃO: 00.00.05.008.D33.0367	MÉDIA: 24 m³		MÉDIA: 24 m³			
IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR									
ROBERTO RENE DO VALE LOPES									
RESIDENCIAL RENASCER - I C-005 - Q - G - SAO LUIZ									
CEP: 64.280-000 CAMPO MAIOR-PI									
SERVIÇOS E TARIFAS									
COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR						
D1	ÁGUA	01/01	124,45						
HIDROMETRIA									
LEITURA	DATA	22	26	24	24	24			
ANTERIOR: 629	09/11/17	22	26	24	24	24			
ATUAL: 653	01/12/17	22	26	24	24	24			
CONSUMO: 24	PARA: 20	22	26	24	24	24			
LEITURISTA: 18	OCO: 80	22	26	24	24	24			
PRÓXIMA LEITURA: 16/01/18		22	26	24	24	24			
MÉDIA: 24 m³									
PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA									
PARÂMETRO	PAORÃO	TOTAL	ANÁLISE	VALOR MÉDIO					
PH	4,75	01	01	4,75					
CLORO	0,15	01	01	0,15					
TIPOLOGIA	4,75	01	01	4,75					
PARABENS! O SAAE AGRADECE SUA PONTUALIDADE.									
VENCIMENTO: 03/01/2018		VALOR R\$: 124,45							
O SAAE deseja as famílias campomaiorenses um Feliz Natal e um Ano Novo cheio de saúde, harmonia e conquistas. FELIZ 2018.									
COMISSÃO									
SAAE		SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO							
Av. José Patro, 389 - Centro - Campo Maior/PI		CEP: 64.280-000 - CNPJ: 05.514.809/0001-00							
Fone: (86) 3252-1211 Site: www.campomaior.pi.gov.br									
INSCRIÇÃO: 0015960.5		ROBERTO RENE DO VALE LOPES		DATA: 12/2017					
VENCIMENTO: 03/01/2018		VALOR R\$: 124,45							

0015960.12.17.170140715
6268000001-8 24450373001-8 58601217170-5 14071500004-2



CONTABILIDADE
CPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
08 JAN 2018
SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Natal - CEP: 54.000-177

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180024865 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERTO RENE DO VALE LOPES **Data do acidente:** 06/08/2017 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, LESÃO DE TENDÃO TIBIAL ANTERIOR E EXTENSOR LONGO DOS DEDOS DO PÉ DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO (ADM EM 70°), ELEVÇÃO(ADM EM 90°) E ADUÇÃO(10°) DO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR. NO TORNOZELO DIREITO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO COLETE NA CLAVÍCULA ESQUERDA E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM TENORRAFIA NO TORNOZELO DIREITO. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do tornozelo direito

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			31,25 %	R\$ 4.218,75

PRESTADOR

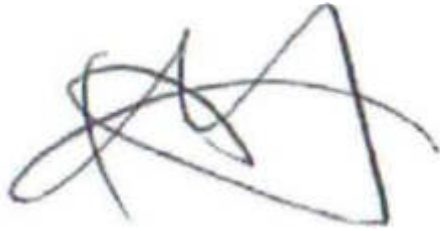
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Serviço Móvel de Atendimento de Urgência



10
2

Dados do Chamado	01 Nº do chamado USB	02 Data do chamado 06/08/13	03 PRO (código) 0826	04 Saída do PA 15:21	05 Chegada ao local 15:22
	06 Saída do local 15:36	07 Chegada ao 1º hospital 15:40	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Jope Paulino				
	11 Bairro Centro	12 Município-UF Emilia	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome Roberto Perce de vale lopes				15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado
Tipo de Ocorrência	16 Idade 43		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		
	Se idade ignorada, preencha com 999		1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Exame Físico	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 7 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto foto 6 - Animal 7 - Outra 8 - Ignorado
Hospital de Destino	23 Glasgow =		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA
	1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 4 - Nenhuma		5 - Orientada 6 - Confusa 7 - Palavras inapropriadas 8 - Palavras incompreensíveis 9 - Nenhuma		1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento da retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 6 - Nenhum
Assistência	24 Sinais Vitais		25 Local da lesão		
	Pulso Resp. PA 150/80 TAX SatO2				
Observações Interdisciplinares	26 Pupilas		27 Dor		
	1 - Iguais 2 - Desiguais 3 - Ausente		ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - Muito Intensa		
Observações Interdisciplinares	28 Sangramento		29 Fratura		
	1 - Sim 2 - Não		1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		
Observações Interdisciplinares	30 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		31 Glicemia		
	1 - Aspiração 2 - Prancha longa/corta 3 - Imobilização de extremidades 4 - Oxigênio 5 - Colar cervical 6 - Reanimação cardiopulmonar 7 - Curativos 8 - Kred 9 - Assistência obstétrica		Acesso Venoso Medicamentos a) b)		
Observações Interdisciplinares	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		
	H.R.C.M.		1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		
Observações Interdisciplinares	34 Óbito		35 Observações		
	1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte		De última de acidente moto + carro, apresentando: lesão de fratura cominada e fratura exposta do membro superior direito, o mesmo em problema de sopros		

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180024865 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERTO RENE DO VALE LOPES **Data do acidente:** 06/08/2017 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBROS DIREITO E ESQUERDO, TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO SÃO INSUFICIENTES PARA UMA VALORAÇÃO SEGURA

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT



ENTREGA DE DOCUMENTOS

GIVELSON / 08.01.18 Registrado

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ROBERTO REINE DO VALE
 DATA DO ACIDENTE 06/08/17 CPF DA VÍTIMA 687.760.203-04
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO FRANCISCO GIVELSON SILVA PEREIRA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTECO COM:
 A VÍTIMA É ROBERTO REINE DO VALE
 ENDEREÇO DO PORTADOR RESIDENCIAL RENASCOL-1 A-G
 Nº 05 COMPLEMENTO CASA BAIRRO SÃO LUIZ
 CIDADE CAMPOMASAM UF PE CEP 64280-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (86) 99463-9096

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE Ocorrência expedido pela autoridade policial (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM Ocorrência DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE Ocorrência expedido pela autoridade policial (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ACTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 25/02/17
 IDENTIDADE 134.6597
 ASSINATURA Roberto Reine do Vale

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 08.01.18
 NOME André
 ASSINATURA _____



DECLARACAO

EU, Roberto René Do Vale Lopes, portador do CPF.687.760.203-04, RG.1.346.197, venho através desta, pedir que seja revisto ou reavaliado o valor recebido por mim referente ao seguro DPVAT, o valor \$ 4,218.75 (quatro mil e duzentos e dezoito reais e setenta e cinco centavos), pois discordo deste valor, sob consideração de um valor relativamente abaixo dentro de uma classificação do problema ocasionado no acidente em questão (invalidez permanente) minha lesão foi gravíssima, sendo uma no ombro esquerdo quebrado e uma lesão na perna direita, onde tenho uma deficiência no pé chamado de pé caído ou pé equino, com rompimento no tendão tibial anterior, no extensor longo do hálux e no extensor longo dos dedos, ficando com o tornozelo atrofiado ou sem movimento, ficando assim com uma lesão permanente, onde dificulta a mim desenvolver o meu trabalho, pois trabalho como representante externo e trabalho em uma moto, onde não tenho mais como pilotar, pois o pé não tem mais o movimento onde me permite frear a mesma.

Meus gastos com medicamentos, com gasolina para Teresina, motoristas, bota e uma órtese de uso permanente por conta da deficiência, sendo que meus gastos com todo o tratamento superaram este valor recebido, por um conjunto de fatores venho através desta pedir a reavaliação ou a vistoria do valor pago.

Campo Maior 05 de Fevereiro de 2018

ROBERTO RENE DO VALE LOPES





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC 0800 000 0000 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala) 0221206

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: ROBERTO ALENE DO VALE LOPES CPF da Vítima: 687.760.203-04 Data do Acidente: 06/08/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante legal: _____
Email: _____ Telefone (DDD): _____

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 61º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

avaliação
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2018
SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói CEP: 24.002-170

Campo Maior 23 de DEZEMBRO de 2017

Local e Data

Roberto Alene do Vale Lopes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

[illegible]

CPVAT
CONTROLE E VERIFICAÇÃO
09 JAN 2018
CENTRO SEGURO S.A.
Rua Coelho de Roseira, 155 Loja C
Praia de Norte, CEP: 51.007-111



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.002231/2017-63

Unidade de Registro: 5ª DRPC - CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Francisco Das Chagas Silva

Data/Hora: 13/12/2017 - 10:25

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

2º DP DE CAMPO MAIOR

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Endereço

CRUZAMENTO DA AV. JOSÉ PAULO COM A RUA SIQUEIRA CAMPOS, Nº:

Complemento

Data/Hora

06/08/2017 - 15:15

415014

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MAIOR

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ROBERTO RENE DO VALE LOPES

RG: 1376197 SSP/PI

Mãe: LINA CLARA DO VALE LOPES

Pai: RAIMUNDO NÔNATO LOPES

Endereço: QUADRA G - CASA 05, Nº

Complemento: CONJUNTO RENASCER I

Bairro: SÃO LUIS

Cidade: CAMPO MAIOR

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

OMPARECEU NESSE DP, PARA INFORMAR QUE TRAFEGAVA PELA RUA SIQUEIRA CAMPOS SENTIDO RODOVIÁRIA A PREFEITURA EM SUA MOTO HONDA XR 250 TORNADO, ANO/MODELO 2007, PRETA, CHASSI 9C2MD34007R014518, RENAVAM 00917321413, PLACA LVO - 0184 LICENCIADA EM NOME DE ROBERTO RENE DO VALE LOPES, DEVIDAMENTE HABILITADO, QUANDO NO CRUZAMENTO DA RUA SIQUEIRA CAMPOS COM A AV. JOSÉ PULINHO O SINAL ESTAVA ABERTO PARA A VITIMA, QUANDO UMA HILUX PRATA DE PLACA ODV - 5997 CARACTERIZADA COM ADESIVOS DO PORTAL 180 GRAU QUE TINHA COMO CONDUTO O SR. MAYCOM CARLOS EVADIU O SINAL VERMELHO E BARROANDO A VITIMA ROBERTO RENE DO VALE LOPES, ARREMESSANDO-O CONTRA UM PORTE E A PAREDE DE UM ESCRITÓRIO DE CONTABILIDADE ASSIM CAUSANDO LESÕES GRAVÍSSIMAS NA VITIMA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR AO CHEGAR AO HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR FOI TRANSFERIDO IMEDIATAMENTE PARA UNIMEDE EM TERESINA ONDE FOI SUBMETIDO À TENORRAFIA E TENOPLASTIA DO TÍBIA ANTERIOR EXTENSOR LONGO DO HALUX E EXTENSOR LONGO DOS DEDOS E FOI CONSTATADO FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, LESÃO DO TENDÃO TIBIAL ANTERIOR E LESÃO DO NERVO FÍBULA, SENDO SUBMETIDO A CIRURGIAS E FICANDO COM LESÕES PERMANENTE. DECLARAÇÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE. NADA MAIS.

Francisco Das Chagas Silva

Francisco Das Chagas Silva - Mat. 0095109
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Francisco das Chagas Silva
Chefe do Setor

Roberto Rene do Vale Lopes

ROBERTO RENE DO VALE LOPES - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

[illegible]

CPVAT
CONTROLE E VERIFICAÇÃO
09 JAN 2018
CENTRO SEGURO S.A.
Rua Coelho de Roseira, 155 Loja C
Praia de Norte, CEP: 51.007-111



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

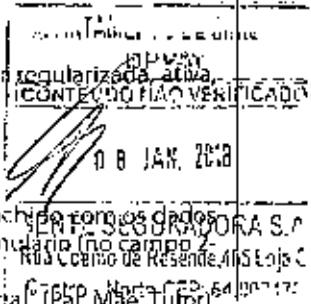
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

687.760.203-04

ROBERTO NERE DO VALE LOPES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ROBERTO NERE DO VALE LOPES		CPF titular da conta 687.760.203-04	Profissão VENDEDOUR
Endereço RESIDENCIAL RENASCER, Q-6		Número 05	Complemento CASA
Bairro SÃO LUÍZ	Cidade CAMPOMARCO	Estado PIAUÍ	CEP 64280-000
E-mail FRANCISCO G-SILVEIRA@GEMEL.COM		Telefone (DDD) 86-99463-9046	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome BRADESCO		ABO 237	
AGÊNCIA NRº 0985 (Informar dígito se existir)	D/V 7 (Informar dígito se existir)	CONTA NRº 06574156 (Informar dígito se existir)	D/V 6 (Informar dígito se existir)

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

CAMPOMARCO 25 de DEZEMBRO de 2017

Local e Data

Roberto Nere do Vale Lopes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Bradesco

5090 0061 1966 0204

05/22 0985 7 0617456 6 02 00

VALOR DATA AGÊNCIA CNPJ COMETA TITULO VISA TIPO

ROBERTO RENE DO VALE LOPES

etc

06 JAN 2018

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405, Loja 5
Centro - Maritima - RJ - CEP: 28.011-971

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ROBERTO RENE DO VALE LOPES
Nº Sinistro: 3180024865
Vitima: ROBERTO RENE DO VALE LOPES
Data do Acidente: 06/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO GIVELSON SILVA PEREIRA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180024865**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13316038



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ROBERTO RENE DO VALE LOPES

Sinistro: 3180024865

Vítima: ROBERTO RENE DO VALE LOPES

Data do Acidente: 06/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO GIVELSON SILVA PEREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180024865** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ROBERTO RENE DO VALE LOPES**

Nº Sinistro: **3180024865**

Vitima: **ROBERTO RENE DO VALE LOPES**

Data do Acidente: **06/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCISCO GIVELSON SILVA PEREIRA**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180024865**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT