

RELATÓRIO MÉDICO



DECLARAMOS QUE RAFAELINO
TEIPE DE SOUSA, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO, TÃO O CORRETO EM 03.04.18 ÀS
13:00HS, TENDO SOFRIDO FORTE FRATURA ELL
MÃO, CANTANDO COM FANTOMA ELL EXTREMIDADE
DE DISTAL DO RÔDIO E AINDA FANTOMA NO
PROCESSO ESTILOIDE DA ULNA, OUDE FOI ENTA-
DO CIRURGICAMENTE, ATRAVES DE OSTEOTOMIA
ALCOA PARA JUNTOS E FIOS REFORÇOS, COMPLEMEN-
TANDO COM FISIOTERAPIA, RELOTA COM SE-
QUELAS, FORTE DORES, LIMITAÇÃO DO MOVI-
MENTO, COM SENSÃO DE ENCLUTAMENTO
DO PROCESSO ESTILOIDE ATRINGIDO, COM
ALTA DEFINITIVA, COM COMPLEMEN-
TAMENTO FUNCIONAL DE 85%.

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Esportiva
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Edimar Machado
09.11.2018

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirurgia
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9632-1967 - Teresina-PI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.153.199 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/06/17

NOME **RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA**

FILIAÇÃO **FRANCISCA ALVES DE SANTOS SOUSA**
WILSON NUNES DE SOUSA

NATURALIDADE **ÁGUA BRANCA-PI** DATA DE NASCIMENTO **02/02/1996**

DOC.照片 **CERT. 4886. 4400 L A1 F 11V**

CPF **075.979.353-32** EXP **11/02/20** **NAPOLEÃO-PI** **20/02/00**

1207757 **Francisco das Chagas Pinheiro Martins**
ASSINATURA DO DETENTOR DA Carteira Policial Classe F

LEI Nº 7.116 DE 29/04/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA
1207757

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

SUS 

Cartão Nacional de Saúde

Cartão do Usuário

Sistema Único de Saúde

RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA

Data Nasc.: 02/02/1996 **Sexo: M**

700 8054 9108 5887



UNICAP SAÚDE TMS

SUS 

CAIXA

POUPANÇA



6277 8017 4900 8276

RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA
3827 013 00017831-0

elo

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUL 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 8923719798

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 214429040 000028240 2010

OCIRENE NUNES DOS PRAZERES

RUA ANTONIO NOA 00000
GANGORRA CASA PI

67558062349 NIK-7075

9C2HB0210AR526510

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA GASOLINA

HONDA/POP100 2010 2010

02P/009700 PARTIC VERMELHA

1º IPVA 2º 3º

000000000 PAGO

SEM RESTRICOES

PBT: 000.25

HUGO NAPOLEAO

14/01/2011

DPVAT

13 JUL 2013

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS CAUSADOS POR VEICULOS
MOTOCICLOS E AUTOMOTORES QUE POR SUA CATEGORIA, APRESENTAM
TRANSITO AUTOMOBILISTICO OU NAU-SEGURO DPVAT

PI Nº 8923719798 BILHETE DE SEGURO DPVAT

OCIRENE NUNES DOS PRAZERES

RUA ANTONIO NOA 00000
GANGORRA CASA PI

67558062349 NIK-7075

9C2HB0210AR526510

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PI Nº 8923719798

OCIRENE NUNES DOS PRAZERES

RUA ANTONIO NOA 00000
GANGORRA CASA PI

1 67558062349 NIK-7075

214429040 HONDA/POP100

2010 09 9C2HB0210AR526510

000000000

Seguradora Líder dos Consórcios

Seguro Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

PJ CORRETORA DE SEGUROS

0102-100

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321683 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA **Data do acidente:** 03/04/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
FRATURA DO PROCESSO ESTILOIDE DA ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321683 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA **Data do acidente:** 03/04/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2018
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: F
Resultados terapêuticos: T
Sequelas permanentes:
Sequelas: Sem sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321683 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA **Data do acidente:** 03/04/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
FRATURA DO PROCESSO ESTILOIDE DA ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321683 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA **Data do acidente:** 03/04/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO+FRATURA DO PROCESSO ESTILOIDE DA ULNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO APRESENTAR EXAMES DE IMAGEM E RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO REALIZADO.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321683 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA **Data do acidente:** 03/04/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PUNHO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/11/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321683 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA **Data do acidente:** 03/04/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PUNHO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/11/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Raimundo Felipe de Sousa BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL Solteiro PROFISSÃO Lavrador C/RGN. n.º 3.153.190 CPF/MF
Nº 075.979.553-32 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A
RUA Proprietário S/n B - urbano
CIDADE DE Hugo Napoleão - Piauí
ESTADO Piauí CEP 64.470-000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF N.º 849.394.433-53 E RG SOB
N.º 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto
a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Hugo Napoleão - Piauí, Pi. 06 de Julho de 2018

CARTÓRIO ÚNICO
DE
HUGO NAPOLEÃO
Tribunal de Justiça do Piauí
Cartório do Juízo de Paz - Piauí



OUTORGANTE
Raimundo Felipe de Sousa
Jonio Marques de Carvalho
Helio - Substituto
Hugo Napoleão - PI

Reconheço Firmas de Raimundo

Em Teste f da verdade
Hugo Napoleão-PI, 06/07/2018

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
13 JUL 2018
DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255306/18

Número do Sinistro: 3180321683

Vítima: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA

CPF: 075.979.553-32

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/04/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/11/2018
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180321683

Vitima: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA

Data do Acidente: 03/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180321683**.

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 13107176



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA
Nº Sinistro: 3180321683
Vitima: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA
Data do Acidente: 03/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180321683**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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 13168743



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA**

Sinistro: **3180321683**
Vítima: **RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA**
Data do Acidente: **03/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

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 3180321683** 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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para a SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (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 maior de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal")

Nome da pessoa sinistrada: CPF da vítima Nome completo da vítima
075.979.553-32 Raimundo Felipe de Sousa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Raimundo Felipe de Sousa CPF titular da conta: 075.979.553-32 Profissão: Lavador
Endereço: Rua Princesa Número: 517 Complemento: Funções Bittu
Estado: Urbano Cidade: Hugo Napoleão Estado: Pernambuco CEP: 64.470-000
E-mail: Recusou-se Telefone (DDD): 186) 99981.6208

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

☒ RENDIMENTO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADES (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº:	CONTA Nº:	AGÊNCIA Nº:	CONTA Nº:
3827	17831		0
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

Hugo Napoleão Pinto de Julho de 2018
Local e Data

**PJ CORRETO
DE SEGUROS**

13 JUL 2013

DPVAT

☒ Raimundo Felipe de Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180321683
Nome do(a) Examinado(a): Raimundo Felipe de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Projetada, S/N
Centro Hugo Napoleao PI CEP: 64470-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 3153190
Data local do acidente: [03/04/2018]
Data local do exame: [27/11/2018] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO

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

Tratamento: OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSO
Complicações: LIMITACAO FUNCIONAL DO PUNHO DIREITO
Data da Alta: 03/05/2018

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

PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PUNHO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

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

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

LIMITACAO FUNCIONAL DO PUNHO DIREITO COM DOR EM PUNHO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO GRAU 3 , COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO DIREITO LIMITADO A 3 CM .

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 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

() "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):

PUNHO - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
 CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BARRO DURO-PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 216/2018

Unidade Policial: DRPC BARRO DURO-PI **Resp. pelo Registro:** APC NAYRA REGIANNE SOBRAL ANDRADE
Autoridade Policial: BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR **Data/ Hora:** 05/07/2018-09:55

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável: DRPC BARRO DURO-PI **Data/ Hora:** 03/04/2018-13:00
Município: PASSAGEM FRANCA-PI **Bairro:** ZONA RURAL
Endereço: POVOADO BERLENGA
Complemento: ESTRADA DE CHÃO

DADOS DO INFORMANTE

Nome: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA
Documentos: RG:3.153.190; CPF:075.979.553-32 **Filiação:** FRANCISCA ALVES DOS SANTOS SOUSA
Nacionalidade: BRASILEIRO **Endereço:** RUA PROJETADA S/N
Naturalidade: ÁGUA BRANCA-PI **Complemento:**
Estado civil: solteiro(a) **Bairro:** CENTRO
Profissão: LAVRADOR **Município:** HUGO NAPOLEÃO-PI
Nascimento: 02/02/1996 **Telefone(s):** (86)9-9518-9774

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

- LESÃO CORPORAL ACIDENTAL NO TRÂNSITO

RELATO DA OCORRÊNCIA

Dados do Veículo:

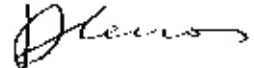
- **Tipo:** motocicleta - **Placa:** NIK-7075
- **Marca/ Modelo:** HONDA/POP 100 - **Chassi:** 9C2HB0210ARS26510
- **Ano/Modelo:** 2010/2010 - **Renavam:** 214429040
- **Cor:** VERMELHA - **Proprietário:** OCIRENE NUNES DOS PRAZERES

Narrativa:

O noticiante informa que na data, horário e local supracitados, estava indo em direção a cidade de hugo Napoleão-PI, quando desequilibrou-se e caiu; Que foi socorrido e levado para o Hospital da cidade de Água Branca-PI e deste encaminhado para o Hospital da Polícia Militar do Piauí (HPM); QUE fraturou uma costela e a mão direita; QUE foi submetido a procedimento cirúrgico; É a narrativa///.


APC NAYRA REGIANNE SOBRAL ANDRADE
Resp. pelo Registro


RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA
Resp. pela Informação


Bel Sérgio Sousa Alencar
Delegado de Polícia Civil



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da vítima

Raimundo Felipe de Sousa

CPF da Vítima

075.979.553-32

Data do Acidente

03.04.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

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.

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

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

Hugo Machado Filho de julho de 2018
Local e Data

**PI CORRETORA
DE SEGUROS**

13 JUL 2018

DPVAT

X Raimundo Felipe de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO TRANSFERÊNCIA

DATA: 3/4/18 HORA: 16:37 Nº DO TELEFONE: 99422-6220
HOSPITAL SOLICITANTE: H.M.S.P.M. PICOARDO MUNICÍPIO: Agua-Branca
MÉDICO: Carlos Alberto CRM: 1667

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro: Ortopedia

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Raimundo Felipe de Souza

Data de Nascimento: 2-2-1996 Idade: 22 anos Sexo: ☒ Masculino () Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: RG: 215316

Município de Procedência: Muro Napolitano

HDA: pacat - Petróleo de Arde - A.P.R.

HD: _____ CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- ☒ 4-Espontânea
- ☐ 3-Comandos
- ☐ 2-À dor
- ☐ 1-Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- ☒ Orientado
- ☐ 4-Confusa
- ☐ 3-Palavras inapropriadas
- ☐ 2-Palavras incompreensíveis
- ☐ 1-Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

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

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUL 2018

DPVAT

SINAIS VITAIS

Tax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: _____ mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Luís Henrique Vasconcelos R. 1º TEN. 7º
Chefe do Arquivo Técnico do HPM - 1
RG: 105196193-2 Mat. 14495-9

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM

Clinica/Posto: _____ Senha: 2018040353545

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03827

CONTA: 000000017831-0

Nr. da Autenticação 84C968F2D9227EA5

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-130 (Unic. Setor: 19.301.183-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ/PI

Nº da Nota Fiscal **004195117**

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2018	17/04/2018	31	34,08

FRANCISCA ALVES DOS S SOUSA
R. PROJETADA S/N RUA FRANCISCO BITU B-URBANO

CPF: **00001280809302**

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	381	Atual:	10/04/2018
Anterior:	350	Anterior:	13/03/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Proxima Leitura:	09/05/2018
Consumo Medido:	31	Emissão:	09/04/2018
Consumo Faturado:	31	Apresentação:	10/04/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classe/Endereço	Endereço

FISCALIZAÇÃO DA CONTA	
Classe/Endereço	Endereço

CONSUMO		CONSUMO	
MAR/18	25	30 A R\$	0,197732 = 5,93
FEV/18	5	1 A R\$	0,338930 = 0,33
JAN/18	30		0,54
DEZ/17	20	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	11,60
NOV/17	40	DIFERENÇA DE TARIFA	11,60
OUT/17	36	SUBVENCAO BAIXA RENDA	0,89
SET/17	57	CORRECAO MONETARIA IG 12/17-00	0,85
AGO/17	77	MULTA POR ATRASO 12/17-00	23,52
JUL/17	60	PARCELAMENTO DE DEBITOS 8/24	1,58
JUN/17	0	JUROS DE HORA DE IMPO 12/17-00	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
---	--

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica
ABR/18	34,08	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica

RESERVADO AO FISCO	
--------------------	--

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/IMPÓSITOS - R\$	
Descrição:	Valor	Base de Cálculo:	Valor
Energia:	4,92	Alíquota ICMS:	
Transmissão:	9,32	Valor do ICMS:	
Encargos:	1,46	Valor do PIS:	
Tributos:	1,48	Valor do COFINS:	0,12

INDICADORES DE CONTINUIDADE	
Indicador	Valor

8,06	16,12	32,23	4,59	9,19	18,37	4,43	8,75
------	-------	-------	------	------	-------	------	------

SAO PEDRO DO PIAUÍ	02/2018
--------------------	---------

ROT: 86.412.06.44.009122	
--------------------------	--

Eletrobras	
-------------------	--

Distribuição Piauí	
--------------------	--

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ	
-------------------------------	--

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI	
---	--

CEP: 64.000-130 (Unic. Setor: 19.301.183-5)	
---	--

83610000000 6 34080017000 3 000000001608 9 05720418008 7	
--	--

SEU CÓDIGO	1608057-2
------------	-----------

MES FATURADO	04/2018
--------------	---------

TOTAL A PAGAR - R\$	34,08
---------------------	-------

VENCIMENTO	17/04/2018
------------	------------

Nº da Nota Fiscal	004195117
-------------------	-----------

SEQ.: 00204	UC: 1608057-2	DT. LEIT.: 10/04/2018	T. ENTR.: 01
-------------	---------------	-----------------------	--------------

LEITURA:	381	NORMAL	TOTAL: 34,08
----------	-----	--------	--------------

DT. VENC.: 17/04/2018	IRREG.: 000	COLETOR: 0391	
-----------------------	-------------	---------------	--

CORRETORA DE SEGUROS
13 JUL 2018
DPVAT



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 SUSEP¹ 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 COAF².

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Paula de Sousa Silva, inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433/53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Raimundo Felipe de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o nº 075.979.553/32, do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Raimundo Felipe de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o nº 075.979.553/32, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 Sete de Setembro</u>		Número <u>244</u>	Complemento <u>centro</u>
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>Elebraz Ribeiro</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP <u>64.325.000</u>
Email <u>carladrianasousa@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(86) 99981.6008</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99402.2764</u>

Elebraz Ribeiro 10 de Julho de 2018
Local e Data

Adriana Paula de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu: Osine Nunes dos Prazeres

RG nº 1.673.791, data de expedição 13/03/96

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 675.580.623-49 com

domicílio na cidade de Hugo Napoleão, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Antonio Nova, nº 517,

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

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

vítima Raimundo Felipe de Sousa cujo o condutor era

Raimundo Felipe de Sousa.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda / pop 100

Ano: 2010 / 2010

Placa: NIK-7075

Chassi: 9C2HB0230AR506510

Data do Acidente: 03-04-2018

Local e Data: Hugo Napoleão - PI 06.07.2018

TRANSMISSÃO

CARTÓRIO ÚNICO
DE
HUGO NAPOLEÃO
Tercer. Juiz de Paz
Circ. de Ag. Branca-PI

Osine Nunes dos Prazeres
Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
13 JUL 2013
DPVAT

Raimundo Felipe de Sousa
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Antônio Marques de Carvalho
Abelha - Substituto
Hugo Napoleão - PI

Reconheço Firmas de Osine Nunes dos Prazeres
Raimundo Felipe de Sousa
Em testemunha da verdade
Hugo Napoleão-PI, 06/07/2018



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. D^o UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO TRANSFERÊNCIA

DATA: 3/4/18 HORA: 16:37 Nº DO TELEFONE: 99422-6222

HOSPITAL SOLICITANTE: H.M.S.P.M. PICOARDO MUNICÍPIO: Aguiar - B. Grande

MÉDICO: Carlos Alberto CRM: 9669

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro: Ortopedia

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Raimundo Felipe de Souza

Data de Nascimento: 2-2-1996 Idade: 22 anos Sexo: (x) Masculino () Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: R6-512317

Município de Procedência: Hugo Napoleão

HDA: paciente - fratura distal do fêmur do lado direito

HD: _____ CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- ☒ 4 - Espontânea
- ☐ 3 - Comandos
- ☐ 2 - À dor
- ☐ 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- ☒ 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

FJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUL 2018

DPVAT

SINAIS VITAIS

Tax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: _____ mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Luís Henrique Vasconcelos Reis 1^o TEN. TM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM
RG: 105198193-2 Mat. 14495-0

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM

Clínica/Posto: _____ Senha: 2018040353545



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



CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUL 2013

DPVAT

Setor de Arquivo Técnico

Luiz Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Matr. 10495-5

NOME DO PACIENTE:

Raimundo Felipe de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

36608/18.

Obs: Não fornecemos 2ª via.

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

Piauí
GOVERNO DO
ESTADO DO PIAUÍ

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

Saúde
Secretaria de Estado

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 65348 AIH: 2218100198248
--	---------------------------------------

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPIM	2323451
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPIM	2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
206259837390018	RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA		02/02/1996	356208	M
DOCUMENTO RG	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
3153190	8632991121	FRANCISCA ALVES DOS SANTOS SOUSA	FRANCISCO MARCEL NUNES DE SOUSA		
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)			NUMERO/LOTE	
64470006	CONJUNTO CAMILO FERREIRA			70	
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO		UF
GANGORRA			DIUG NAPOL.EAO		PI

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO DA ULNA	0408020431

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO DA ULNA	0408020431		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO	0408020407		
DIAGNOSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	S525		

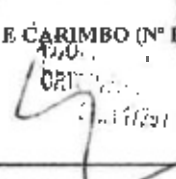
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO, NECESSITA TTO CIRÚRGICO.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
GIOVANNI JOSE DE LIMA E SILVA	 110591114 3285
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
123488974250006	16/04/2018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
TANIA MOREIRA AREA LEAO			
CNS AUTORIZADOR	ORGAO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO	
201500395290003		06/04/2018 16:48:55	

Luis Henrique Vasconcelos A. de 1º TEN 2º
Chefe do Arquivo Técnico do HPMP1
RG: 105198193-2 Mat. 14435-9



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. de Autorização de Internação Hospitalar (AIP):

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	2 - CNES	Atendimento
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	
3 - Nome do estabelecimento executante:	4 - CNES	622619
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome:	RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA	6 - Prontuário:	356208
7 - CNS:	700000481085807	8 - Nascimento:	02/02/1996
9 - Sexo:	M	10 - CPF:	
11 - Mãe:	FRANCISCA ALVES DOS SANTOS SOUSA	12 - Fone:	88-9.96052701
13 - Resp:	FRANCISCO MARCEL NUNES DE SOUSA	14 - Cor:	PARDA
15 - Endere:	RUA ANTONIO NOA 1020 CENTRO	16 - CEP:	84470-000
17 - Munic:	HUGO NAPOLEAO	18 - Cod. IBGE:	220460
19 - UF:	PI	20 - RG:	31531-20

Justificativa da Internação

21 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:	Don e deformidade no punho do
22 - Condições que justificam a internação:	Ne cessite de amputac
23 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados):	RX punho do

Luiz Henrique Vasconcelos dos Santos 1º TEN PM
Chefe do Apoio Técnico do HPM PM
RG: 105193193-2 Matr. 14495-5

24 - Diagnóstico Inicial:	25 - Cid Princ.:	26 - Cid Sec.:	27 - Cid C.Ass.:
Met Radio distel	SXT		

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced.	29 - Procedimento Solicitado:			
	Neossutese Radio distel 04/03/2018			
30 - Clínica:	31 - Caracter:	32 - Ident.:	33 - Documento:	34 - Doc. Med. Solic.:
PMO II	02	1	CPF	65265388401
35 - Nome Profissional / Assistente	36 - Data de Solicitação:			
EDMAR DE SOUZA JUNIOR	06/04/2018			

UNIV. DE PERNAMBUCO
08/04/2018 - TRAUMATOLOGIA
CR 21729 / TEB 1325

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

37 - () Acidente de Trânsito.	38 - CNPJ Seguradora:	39 - Nº. Bônus:	40 - Sexo:
37 - () Acidente de Trabalho Típico.	41 - CNPJ Empresa:	42 - CNAE Empresa:	43 - CBO:
38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.			
44 - Vínculo com a Previdência:	() Empregado	() Empregador	() Autônomo
	() Desempregado	() Aposentado	() Não Segurado.

Autorização

45 - Nome do Profissional Autorizador:	46 - Data Autorização:
	17/04/2018
47 - Documento:	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Paciente ou Responsável:	52 - Usuário:	53 - Senha:
	2021.01.01	
	Consultar no	54 - Data de Emissão:
		06/04/2018



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. de Autorização de Informação Hospitalar (AIH):

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	2 - CNES	Atendimento
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	
3 - Nome do estabelecimento executante:	4 - CNES	622619
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome:	RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA	6 - Prontuário:	365208
7 - CNS:	700805481085387	8 - Nascimento:	02/02/1998
9 - Sexo:	M	10 - CPF:	
11 - Mãe:	FRANCISCA ALVES DOS SANTOS SOUSA	12 - Fone:	86-9.95052701
13 - Resp:	FRANCISCO MARCEL NUNES DE SOUSA	14 - Cor:	PARDA
15 - Endere:	RUA ANTONIO NOA 1020 CENTRO	19 - CEP:	64470-000
16 - Munic:	HUGO NAPOLEAO	17 - Cod. IBGE:	220480
		18 - UF:	PI
		RG:	31534-36

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:	21 - Condições que justificam a internação:	22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados):
23 - Diagnóstico Inicial:		
24 - Cid Princ:		
25 - Cid Sec:		
26 - Cid C.Ass:		

Luís Honório dos Santos 35 T.º TEN.º
Chefe do Arquivo Técnico do HPM-PI
RG: 106198193-2 Mat. 14495-1

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced.	29 - Procedimento Solicitado	30 - Caracter:	31 - Documento:	32 - Doc. Med. Solic.
33 - Nome Profissional / Assistente	34 - Data de Solicitação	35 - Data de Solicitação		
EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR	06/04/2019			

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito	37 - () Acidente de Trabalho	38 - () Acidente de Trabalho	39 - () Acidente de Trabalho
40 - () Acidente de Trabalho	41 - () Acidente de Trabalho	42 - () Acidente de Trabalho	43 - () Acidente de Trabalho
44 - () Acidente de Trabalho	45 - () Acidente de Trabalho	46 - () Acidente de Trabalho	47 - () Acidente de Trabalho

Autorização

48 - Nome do Profissional Autorizador	49 - Data Autorização
50 - Assinatura Paciente ou Responsável	51 - Assinatura Paciente ou Responsável

Usando: 20/04/2019
Consultor: 20/04/2019
Consultor: 20/04/2019
Supervisor: 20/04/2019



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO		08/04/2018	
SIM ☐ NÃO ☐		Nome: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA		Paciente: 356208	
IDEM OUTROS HOSPITAIS		Nasc: 02/02/1996 Sexo: M		Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM ☐ NÃO ☐		Atendimento: 622819		Enfermaria: POSTO II	
CLÍNICA		Pai:		ENF 207 LEITO	
Médico Assistente		Mãe: FRANCISCA ALVES DOS SANTOS SOUSA		Leito: 207	
Permanência		RG: 3153160			
CLÍNICA		Residência:			
		RUA ANTONIO NOA		Bairro: CENTRO	
		Nº: 1020		Cidade: HUGO NAPOLEAO	
		Cep: 64470000		Telefone: 88 - 995062701	

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

*Don e felipe em
ponto de*

DIAGNÓSTICO

Provisório:	<i>Lesão de nível cervical</i>	CID
Principal:	<i>Lesão de nível cervical</i>	CID
Procedimento:	<i>Lesão de nível cervical</i>	
Síntomas e Sinais Principais	Causa Médica	Hist. Precedente
<i>Luis Henrique Vasconcelos R. 1º TEN. M. Chefe do Arquivo Técnico do HPM-PI RG: 105198193-2 Mat. 14395-1</i>		

TRATAMENTO

Tipo	Terapêutica Médica	Operação	Outros
☐ Nutrição ☐ Medica ☒ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico			☐ Nutrição ☐ Medica ☒ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação	Data da Alta	Data da Hospitalização
08/04/2018 15:47:49	<i>11/04/18</i>	

ALTA

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

THE

Assinatura

Luis Henrique Vasconcelos R. 1º TEN. M.
ORÇOWA - TRAUMATOLOGIA
CRM 17291/TER 5285



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 11 / 01 / 2011
Nº DO PRONTUÁRIO: 356403
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

Pote em 11 los Slopman
assepria / parate
autisseprie / campo
lução / despesa
de despesa / despesa
suteiro / curativo
tal e possado
refinado parate

CRISTINA A. TRAMATOLOGIA
CR: 1729 / 14075285

Luís Henrique Vilela Freitas 1º TEN.
Chefe do Arquivo Técnico do HPM
RG: 105198193-2 Mat. 14495

Cirurgia:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

Antônia Erlene Dias
Técnico em Enfermagem
COREN-PI 922.628

DATA: 11/04/13
Nº DO PRONTUÁRIO 35625 SALA C-8
CÓD DA CIRURGIA:

DR. 02/02/16

DOENÇA: <u>Infarto do miocárdio</u>	Idade: <u>70</u>	Sexo: <u>M</u>
PROCESSAMENTO: <u>Pré-operatório</u>	Ap/Enf e Lait: <u>20/10/2</u>	
RA RACIA: <u>Branco</u>	AUX: <u>Febre</u>	ANEST: <u>Febre</u>
DATA: <u>10/02/2010</u>	CIRC: <u>Emfria</u>	INCID: <u>Febre</u>
RESPIR: <u>Normal</u>	ESQ: <u>Normal</u>	GLIC: <u>Normal</u>
COLE: <u>Normal</u>	HEM: <u>Normal</u>	CREAT: <u>Normal</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Infarto do miocárdio</u>	TRATAMENTO: <u>Medicamentoso</u>	PROGNÓSTICO: <u>Bom</u>

[illegible]

Xenon 100%
1-100% Xenon
2-100% Xenon
3-100% Xenon
4-100% Xenon
5-100% Xenon
6-100% Xenon
7-100% Xenon
8-100% Xenon
9-100% Xenon
10-100% Xenon

7. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$ (0.25) $\frac{1}{4} \times \frac{1}{4} = \frac{1}{16}$ (0.0625)

С. С. КУЗНЕЦОВ, доктор физ.-математических наук,

1. Neu Agar de vin harnit Artem li
cytine Stem Ar to harn go o
harn to harn

MONITORAÇ. AC.

ECG
PAM
PANI

☒ Օպերատիվ
☐ Հարցազրույց
☐ ՔՎՀ

Case	Time	Temp	Rate	Time
Syngas (1)				
H ₂ O (2)				
Ar. N ₂ (3)				

Medicamentos Utilizados

Aspirina	.....	Amp
Agua dest. 10ml	.....	Amp
Alcoho	.....	Amp
Paracet	.....	Amp
Escopolam	.....	Amp
Codeína 1g	.....	Fr
Calpol	.....	Fr
Codeína 1g	.....	Fr
Paracet	.....	Amp
Calpol	.....	Fr
Escopolam	.....	Amp
Paracet	.....	Amp
Calpol	.....	Amp
Escopolam	.....	Amp

Dolantina	Amp
Droperidol	Amp
Efedr(i)	Amp
Efedrina	Amp
Efedrano	"
Fentanil	Amp
Fentanil (S/C)	Amp
Haloperidol	Amp
Hydrocortisona	Inf
Isoflurano	Inf
Jelcoina	Ued
Lidocaina	Fr
Metasolopramida	Amp
Morfinol	Fr

Midekolan	Fr
Metronidazol	Fr
Neoclines Psa 0,5%	Amp
Narosan	Amp
Novabupri 0,5%	Fr
Nidagin	Amp
Neoclines 2% $\frac{2}{2}$ $\frac{2}{2}$ $\frac{2}{2}$	Fr
Neoclines 0,5% Isochar	Amp
Noostigmina	Amp
Omeprazol	Fr
Ondasetrone	Amp
Poliso Gel	Fr
Pengurdnie	Amp
Profenid	Fr

Propofol	ml	Amp.
Ranitidina		Amp
Quetiçion		Amp
Quetamina		ml
Nemifentanil		Fr
Ringer-Lactado		Fr
S. Fiscológ. 0,9%	ml	F-
S. Glicosado 5%	ml	Fr
Scalp n°		Unit
Tracur		Amp
Tilatil		Fr
Theopetil		Fr

HOSPITAL DE NIÑOS HERÓES DE MÉXICO
 ANESTESIOLOGIA
 MAR 27 1986

**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE***"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"***Nº ORDEM.....: 96202****NOME.....: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA****MÉDICO SOLIC: GIOVANNI JOSE DE LIMA E SILVA****DATA LAUDO....: 19/04/2018****CONVÊNIO: INTERNO****DATA REALIZ: 12/04/2018****IDADE: 27 anos****CRM: 1729-PI****CÓDIGO: 31774****RX PUNHO DIREITO**

O estudo radiológico do punho direito realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Fratura na extremidade distal do rádio fixada com placa e parafusos metálicos.
- Fratura no processo estilóide da ulna.
- Tala gessada.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**Controle ortopédico.****IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI**

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

Telefone: (86) 3237-6266
Fax: (86) 3215-1520

Laila Maria dos Anjos Reis 1ª TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico da HPM-PI
RG: 108108193-2 Matr. 14495-6



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 95596
PACIENTE: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA
NOME DA MÃE: FRANCISCA ALVES DOS SANTOS SOUSA
DATA DO NASCIMENTO: 02/02/1996
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 06/04/2018
DATA DO LAUDO: 16/04/2018
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

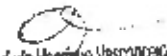
RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura na metáfise distal do rádio, completa, desalinhada, com desvio anterior da porção dista

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

*Correlacionar com dados clínicos.


Luis Henrique Vasconcelos **1.º TEN.**
Chefe do Arquivo Técnico do HPM
RG: 105198193-2 Mat. 14495-2


Nayra Virginia de Sousa Costa
CRM: 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

HPM

FABRINDO FELIPE DE SOUSA

Idade: 022Y

Sexo: M



D

WC: 286

WW: 483



D

Quest

Exame: 07/04/2018 Hora: 00:23

RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA D.N. 02 1996

D

80.4%

D

81.9%

Luis Henrique Vasconcelos - 1º TEN.
Chefe do Arquivo Técnico do HPM
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9