



Número: **0800244-49.2019.8.18.0034**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Água Branca**

Última distribuição : **15/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 5.675,91**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA (AUTOR)		LEONARDO BARBOSA SOUSA (ADVOGADO) MARCOS VINICIUS MACHADO VILARINHO (ADVOGADO) RODOLFO LUIS ARAUJO DE MORAES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10187053	09/06/2020 22:04	<a href="#">CONTESTAÇÃO</a>	CONTESTAÇÃO
10187056	09/06/2020 22:04	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

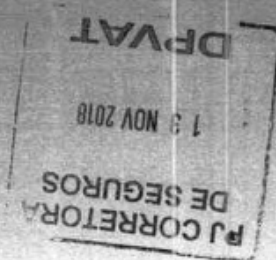
## JUNTADA DE CONTESTAÇÃO E DOCUMENTOS





**CLÍNICA  
MACHADO**

**RELATÓRIO MÉDICO**



DECLARAMOS QUE RAFAELINO  
FELIPE DE SOUSA, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE  
DE TRÂNSITO, TÃO O CORRETO EM 03.04.18 ÀS  
13:00HS, TENDO SOFRIDO FORTE FRATURA EM  
MÃO, CANTANDO COM FRATURA EM EXTREMIDADE  
DE DITA DO MÃO E AINDA FRATURA NO  
PROCESSO ESTILOIDE DA ULNA, OUDE FOI ENTÃO  
SO CIRURGICAMENTE, ATRAVES DE OSTEOTOMIA  
ABERTA PARA FIOS E FIOS METÁLICOS, COMPLETOU-  
TANDO COM FISIOTERAPIA, REPOSIÇÃO DE  
QUELHAS, FORTE DORES, LIMITAÇÃO DE MOVI-  
MENTOS, COM SENSÃO DE ENCOCIMENTO  
DO PROCESSO ESTILOIDE ATRÁS, COM  
ALTA DEFINITIVA, COM COMPROVA-  
MENTO FUNCIONAL DE 85%.

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Física
- 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: 1554-PI - CRM: 2650-MA  
(86) 9 9632-1987 - Teresina-PI

**Residencial Tropical Park**

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva  
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO GERAL	3.153.198	DATA DE EXPEDIÇÃO	14/06/17
NOME: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA			
FILIAÇÃO: FRANCISCA ALVES DE SOUSA			
NATURALIDADE: ÁGUA BRANCA-PI			
DATA DE NASCIMENTO: 02/02/1996		ASSINATURA DO TITULAR: Raimundo Felipe de Sousa	
CPF: 075.979.153-32		1207757	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83			



Sistema Único de Saúde

RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA

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

700 8054 9108 5887

BARCODE

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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 DA JUSTIÇA E DO DIREITO  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1554703040

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

RG 1451372 SSP PI

CPF 849.394.433-55 DATA NASCIMENTO 30/07/1977

PLACAS JOSE MISSIAS DA SILVA  
MARIA CAROLITA DE SOUSA

PERMISSÃO PERMISSÃO ACC 5 OUTRA 5

W REGISTRO 86983294635 UNIDADE 03/01/2019 PRAVISAÇÃO 04/01/2018

GERAÇÕES

Adriana Carla de Sousa Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL TERESINA, PI DATA DE EMISSÃO 04/01/2018

56044088122 71318287030

PIAUI



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PI Nº 8923719798  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 214429040 2010

OCTRENE NUNES DOS PRAZERES  
RUA ANTONIO NOA  
GANGORRA PI 00000

67558062349 NIK-7075

9C2HB0210AR526510

PAB/MOTOCICLO/NENHUMA GASOLINA

HONDA/POP100 2010 2010

02P/0097CC PARTIC VERMELHA

1ª IPVA  
2ª  
3ª PAGO

000000000

PBT: 000.25

SEGUNDO SEGURO OBRIGATORIO

HUGO NAPOLEAO

14/01/2011

DPVAT

**SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS**  
Seguradora Líder dos Consórcios

PI Nº 8923719798 BILHETE DE SEGURO DPVAT

OCTRENE NUNES DOS PRAZERES  
RUA ANTONIO NOA  
GANGORRA PI 00000

67558062349 NIK-7075

PI Nº 8923719798 BILHETE DE SEGURO DPVAT

OCTRENE NUNES DOS PRAZERES  
RUA ANTONIO NOA  
GANGORRA PI 00000

1 67558062349 NIK-7075

214429040 HONDA/POP100

2010 09 9C2HB0210AR526510

0000000000

PN CORRETORA DE SEGUROS

13 JUL 2013



## 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:** CONSOLIDAÇÃO 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

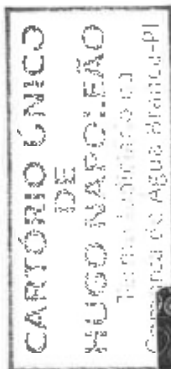
OUTOGANTE: Raimundo Sílipo de Sousa BRASILEIRO (a) ESTADO  
CIVIL Solteiro PROFISSÃO Lavrador CÍRGN. N.º 3.153-190 CPF/ME  
N.º 075.979-553-32 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) Á  
RUA Proprietário Sítio B - urbano  
CIDADE DE Rio de Janeiro - RJ  
ESTADO RJ CEP 64.470-000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF N° 849.394.433-53 E RG SOB  
N° 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO N°244 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 Lima. Li 06 de julho de 2018



**OUTORGANTE**

Antônio Marques de Carvalho  
Napoleão - Substituto  
Napoleão - F.

Reconheço Firmas de Paulo Roberto

Em Testem<sup>to</sup> \_\_\_\_\_ da verdade  
Hugo Napoleão-Pl, 06/07/2018



## 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

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

Data do acidente: 03/04/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA

CPF de: Próprio

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 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**

Vítima: **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

Pag. 00271/00272 - carta\_01 - INVALIDEZ



00030136



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA  
Nº Sinistro: 3180321683  
Vítima: 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 LIDER 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](http://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**

Pag. 00757/00758 - carta\_03 - INVALIDEZ



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](http://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**

Pag. 00497/00498 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13597826





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para a SAC DPVAT 0800 0721204 ou 0800 0721205 (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 no ANS

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 Projéctua

Número

517

Complemento

Imuniz. Bita

Cidade

Ubatuba

Cidade

Hugo Napoleão

Estado

Pernambuco

CEP

64.470-000

E-mail

Recusa-se

Telefone (DDD)

186 979816008

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**

☒ RECEBIMENTO DE RENDA

☐ 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 POUPEMANA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADES (001)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CONTA CORRENTE (Somente os bancos abaixo)

☐ CONTA CORRENTE (Somente os bancos abaixo)

BANCO

Nome

Nº

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 Silva de 2018

Local e Data

Raimundo Felipe de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FORM 001/001/2017

FJ CORRETO  
DE SEGUROS

13 JUL 2018

DPVAT

**Lauda 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: 3180321683  
Nome do(a) Examinado(a): Raimundo Felipe de Sousa  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Projetada, S/N  
Centro Hugo Napoleão 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: OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSO**  
**Complicações: LIMITAÇÃO 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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**LIMITAÇÃO 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"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ( ) "Sem seqüela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>PUNHO - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                                       | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 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) 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: 9C2HB0210AR526510  
- 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 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: 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 Lider 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 filho de 2018  
Local e Data



Raimundo Felipe de Sousa  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

001/001 0002/2017





# 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







TIM Celular S.A.  
Av. Frei Serafim, 1089 - Sala 6,  
Centro - Teresina - PI  
CNPJ: 04.226.050/0001-84 - I.E.: 19.455.632-8  
CNPJ da Matriz: 04.206.050/0001-80

TIM  
BLACK

Página 1 de 4

R\$ 124,96

VENCIMENTO

25/04/2018

EMIÇÃO: 07/04/2018

POSTAGEM: 16/04/2018

NÚMERO: 3365208619

DÉBITO AUTOMÁTICO: 0000009102056429012

CPF/CNPJ: 84939443353

CUENTE: 1.51688701

ACESSO: 86 99981-6008



CYCE PORTALEZA DE PLAS  
ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA  
R 7 DE SETEMBRO 244 OS  
CENTRO  
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI



7214043716 18215 000000905572 30 160418

### IMPORTANTE PARA ADRIANA

agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquele viagem, jantar fora no fim de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

SERVIÇOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> Oferta TIM Pós A Plus	R\$ 109,99
<input checked="" type="checkbox"/> SERVIÇOS EVENTUAIS	R\$ 10,18
<input checked="" type="checkbox"/> CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 2,88
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 1,91

### VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99981-6008

#### MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

Oferta TIM Pós A Plus (887PÓS/5MP)

5 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

11M4 Music

TIM Black Virtual

TIM Backup 30GB

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	31	07/03 a 06/04	109,99
5GB	1,4GB	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
Ilimitada	171m30s	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
-	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
-	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
-	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
Total de Mensalidades					109,99

Você pode ver sua conta detalhada online, com toda a comodidade e segurança. Consulte gráficos de consumo e muito mais! Sempre que desejar, acesse [meutim.com.br](http://meutim.com.br). Central de Atendimento: 1056

Mude agora mesmo para a Conta Online TIM. É a prática e segura e só você consulta através do Meu TIM. Você receberá notificações quando sua conta estiver disponível e próximo à data de vencimento.

TIPO DE IMPOSTO	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	R\$ 0,55
IMPOSTO DE RENDAS	20%	R\$ 79,17	R\$ 15,83	FUNTEL	R\$ 0,26
IMPOSTO DE RENDAS - Serviço Telefonia	2,5%				
IMPOSTO DE RENDAS - Serviço Não Telefonia	1,5%				
IMPOSTO DE RENDAS - Serviço Não Telefonia	0,25%				

Informação de Lei 12.741/2012  
O valor das parcelas em FUST (10%) e FUNTEL (0,25%) não são recolhidos de 10/10/17

#### Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído nos Planos

acrescido pelo Plano

Franquia	R\$ 75,79
SVA	R\$ 34,70
Desconto Franquia	R\$ 0,00
Desconto SVA	R\$ 0,00

SVA Total	R\$ 34,70
SVA Concedido	R\$ 34,70
SVA Total	R\$ 0,00



Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático, em seu banco, utilizando o número de identificação indicado neste boleto. Para mais informações, ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE  
ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO  
0000009102056429012

MÊS DE REFERÊNCIA  
ABR/2018

DATA DE EMISSÃO  
07/04/2018

DATA DE VENCIMENTO  
25/04/2018

VALOR  
R\$ 124,96

VIA BANCO

0000009102056429012 - 0 7214043716 18215 000000905572 30 160418

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/06/2020 22:04:57

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060922041129500000009676664>

Número do documento: 20060922041129500000009676664

Num. 10187056 - Pág. 23



## 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 SUSEP 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, extirpar 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 Souza inscrito (a) no CPF sob o nº 075.979.553/32, do sinistro de DPVAT cobertura Indivíduo da Vítima Raimundo Felipe de Souza 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	Número	Complemento
<u>Rua Sete de Setembro</u>	<u>244</u>	<u>centro</u>
Bairro	Cidade	Estado
<u>Centro</u>	<u>Colônia Velosa</u>	<u>Piauí</u>
CEP	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>64.325.000</u>	<u>(86) 99981.6008</u>	<u>(86) 99402.2764</u>
Email		
<u>carlaadrianasouza@gmail.com</u>		

Colônia Velosa, 10 de Julho de 2018  
Local e Data

Adriana Paula de Sousa Silva  
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Osirine Nunes dos Prazeres,  
RG nº 1.673.994, 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 512,

complemento Gurgueira, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado 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: 9C2H80230AR506540  
Data do Acidente: 03.04.2018  
Local e Data: Hugo Napoleão - PI 06.07.2018

TRANSMISSÃO

CARTÓRIO ÚNICO  
DE  
HUGO NAPOLEÃO  
Tribuna Judicial da  
Comarca de Hugo Napoleão-PI

Osirine Nunes dos Prazeres  
Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

13 JUL 2018

DPVAT

Raimundo Felipe de Sousa

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



Antônio Marques de Carvalho  
Abelão - Substituto  
Hugo Napoleão - PI

Reconheço Firmas de Osirine 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<sup>o</sup> 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: 99422-622

HOSPITAL SOLICITANTE: H.M.S.P.M. PICOARU MUNICÍPIO Aguaí - Piauí

MÉDICO: Carlos Alberto CRM: 9667

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstétrica ( ) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Pediatría ( ) 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 R6-5122/18

Município de Procedência Hugo Napoleão

HDA: pacat - Patologia do Arterio e do Per

arterio e do Per

HD: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

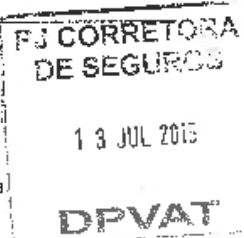
- ☒ Espontânea
- 3-Comandos
- 2-À dor
- 1-Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- ☒ Orientado
- 4-Confusa
- 3-Palavras Inapropriadas
- 2-Palavras Incompreensíveis
- 1-Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

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



SINAIS VITAIS

Tax. \_\_\_\_\_ °C P: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ mm PA: \_\_\_\_\_ mmHg Sat O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Luis Henrique Vasconcelos Reis 1<sup>o</sup> TEN.  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM  
RG: 105190193-2 Mat. 14495-9

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM

Clinica/Posto: \_\_\_\_\_ Senha: 2018040353545





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



CORRETORA  
DE SEGUROS

13 JUL 2018

DPVAT

Setor de Arquivo Técnico

Luiz Henrique Vasconcelos Reis T. 1211 PM  
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPI  
RG: 105198193-2 Matr. 10195-5

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 - HPMP  
Av. Higino 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

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b>	CNES
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	2323451
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b>	CNES
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	2323451

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<b>CARTÃO SUS</b>	<b>NOME DO PACIENTE</b>	<b>NASCIMENTO</b>	<b>PRONTUARIO</b>	<b>SEXO</b>
206259837390018	RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA	02/02/1996	356208	M
<b>DOCUMENTO RG</b>	<b>TELEFONE</b>	<b>NOME DA MÃE</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	
3133192	8632991121	FRANCISCA ALVES DOS SANTOS SOUSA	FRANCISCO MARCEL NUNES DE SOUSA	
<b>CEP</b>	<b>ENDEREÇO (LOGRADOURO)</b>		<b>NUMERO / LOTE</b>	
64470006	CONJUNTO CAMILO FERREIRA		70	
<b>BAIRRO</b>	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>UF</b>	
GANGORRA		DIUGO NAPOLEAO	PI	

### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL</b>	<b>COD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL</b>
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAPISARIA UNICA DO RADIO DA ULNA	0408020431

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR</b>	<b>CÓDIGO</b>		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAPISARIA UNICA DO RADIO DA ULNA	0408020431		
<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA</b>	<b>CÓDIGO</b>		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO	0408020467		
<b>DIAGNÓSTICO INICIAL</b>	<b>CID 10 PRINCIPAL</b>	<b>CID 10 SECUNDARIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	S525		

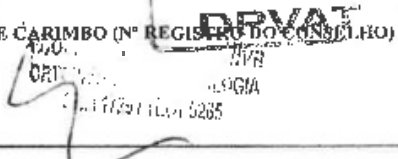
### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

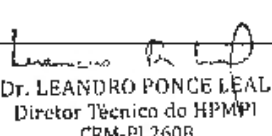
### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO, NECESSITA TTO CIRÚRGICO.

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

### AUTORIZAÇÃO

<b>NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>	<b>ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)</b>	
TANIA MOREIRA AREA LEAO		
<b>CNS AUTORIZADOR</b>	<b>ORGAO EMISSOR</b>	<b>DATA AUTORIZAÇÃO</b>
201590395290003		06/04/2018 16:48:55

Dr. LEANDRO PONCE LEAL  
Diretor Técnico do HPMP1  
CRM-PI 2608

Luís Henrique Vasconcelos A. de S. TEIXEIRA  
Chefe do Arquivo Técnico do HPMP1  
RG: 10519819322 Mat. 14435-9

Bank



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (APV)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Identificação do Paciente

5 - Nome:	RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA	6 - Prontuário:	356208
7 - CNS:	70000481085807	8 - Nascimento:	02/02/1996
9 - Sexo:	M	CPF:	
11 - Mãe:	FRANCISCA ALVES DOS SANTOS SOUSA	12 - Fone:	86-9.96952701
13 - Resp:	FRANCISCO MARCEL NUNES DE SOUSA	14 - Cor:	PARDA
15 - Endere:	RUA ANTONIO NOA 1020 CENTRO	19 - CEP:	84470-000
16 - Munic:	HUGO NAPOLEAO	17 - Cód. IBGE:	220460
		18 - UF:	PI
		RG:	31531.90

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Don e deformidade  
no punho dr

21 - Condições que justificam a internação:

Ne certeza fte amputac

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

AX punho dr

23 - Diagnóstico Inicial:

met Radio distal

24 - Cód. Princ.:

527

25 - Cód. Sec.:

26 - Cód. C.Ass.:

27 - Procedimento Solicitado:

Neostutese Radio distal

28 - Cód. Proced.:

0403

29 - Clínica:

POSTO II

30 - Caracter:

02

31 - Documento:

CPF 65265386401

32 - Doc. Med. Solic.:

65265386401

33 - Nome Profissional (Assistente):

EDMAR DE SOUZA JUNIOR

34 - Data de Solicitação:

06/04/2018

35 - Cód. C.Ass.:

36 - Cód. C.Ass.:

37 - Cód. C.Ass.:

38 - Cód. C.Ass.:

39 - Cód. C.Ass.:

40 - Cód. C.Ass.:

41 - Cód. C.Ass.:

42 - Cód. C.Ass.:

43 - Cód. C.Ass.:

44 - Cód. C.Ass.:

45 - Cód. C.Ass.:

46 - Cód. C.Ass.:

47 - Cód. C.Ass.:

48 - Cód. C.Ass.:

49 - Cód. C.Ass.:

50 - Cód. C.Ass.:

51 - Cód. C.Ass.:

52 - Cód. C.Ass.:

53 - Cód. C.Ass.:

54 - Cód. C.Ass.:

55 - Cód. C.Ass.:

56 - Cód. C.Ass.:

57 - Cód. C.Ass.:

58 - Cód. C.Ass.:

59 - Cód. C.Ass.:

60 - Cód. C.Ass.:

61 - Cód. C.Ass.:

62 - Cód. C.Ass.:

63 - Cód. C.Ass.:

64 - Cód. C.Ass.:

65 - Cód. C.Ass.:

66 - Cód. C.Ass.:

67 - Cód. C.Ass.:

68 - Cód. C.Ass.:

69 - Cód. C.Ass.:

70 - Cód. C.Ass.:

71 - Cód. C.Ass.:

72 - Cód. C.Ass.:

73 - Cód. C.Ass.:

74 - Cód. C.Ass.:

75 - Cód. C.Ass.:

76 - Cód. C.Ass.:

77 - Cód. C.Ass.:

78 - Cód. C.Ass.:

79 - Cód. C.Ass.:

80 - Cód. C.Ass.:

81 - Cód. C.Ass.:

82 - Cód. C.Ass.:

83 - Cód. C.Ass.:

84 - Cód. C.Ass.:

85 - Cód. C.Ass.:

86 - Cód. C.Ass.:

87 - Cód. C.Ass.:

88 - Cód. C.Ass.:

89 - Cód. C.Ass.:

90 - Cód. C.Ass.:

91 - Cód. C.Ass.:

92 - Cód. C.Ass.:

93 - Cód. C.Ass.:

94 - Cód. C.Ass.:

95 - Cód. C.Ass.:

96 - Cód. C.Ass.:

97 - Cód. C.Ass.:

98 - Cód. C.Ass.:

99 - Cód. C.Ass.:

100 - Cód. C.Ass.:



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIIH):

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

## Identificação do Paciente

5 - Nome:	RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA				6 - Prontuário:	366208	
7 - CNS:	700805491085887	8 - Nascimento:	02/02/1998	9 - Sexo:	M	CPF:	
11 - Mãe:	FRANCISCA ALVES DOS SANTOS SOUSA			12 - Fone:	86-9.96062701		
13 - Resp:	FRANCISCO MARCEL NUNES DE SOUSA			14 - Cor:	PARDA		
15 - Ender:	RUA ANTONIO NOA	1020	CENTRO	19 - CEP:	64470-000		
16 - Munic:	HUGO NAPOLEAO		17 - Cod. IBGE:	220460	18 - UF:	PI	RG: 31524-36

## Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:  
*Don e dor no ombro*

21 - Condições que justificam a internação:  
*necessária fisioterapia*

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados):  
*rx ombro dr*

23 - Diagnóstico Inicial:  
*Lesão do ombro direito*

24 - Cid Princ.: *S52.5*

25 - Cid Sec.: \_\_\_\_\_

26 - Cid C.Ass.: \_\_\_\_\_

Luis Henrique Vasconcelos dos Santos  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM-PI  
RG: 106198193-2 Mat. 14495-5

## Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced.: \_\_\_\_\_

29 - Clínica: \_\_\_\_\_

30 - Caracter.: \_\_\_\_\_

31 - Documento: \_\_\_\_\_

32 - Doc. Méd. Solic.: \_\_\_\_\_

33 - Nome Profissional / Assistente: \_\_\_\_\_

34 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

35 - Nome do Profissional Solicitante: \_\_\_\_\_

36 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

37 - Procedimento Solicitado: *consulter e radio do ombro direito*

38 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

39 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

40 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

41 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

42 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

43 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

44 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

45 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

46 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

47 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

48 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

49 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

50 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

51 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

52 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

53 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

54 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

55 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

56 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

57 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

58 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

59 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

60 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

61 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

62 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

63 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

64 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

65 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

66 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

67 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

68 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

69 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

70 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

71 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

72 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

73 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

74 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

75 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

76 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

77 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

78 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

79 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

80 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

81 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

82 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

83 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

84 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

85 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

86 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

87 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

88 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

89 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

90 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

91 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

92 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

93 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

94 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

95 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

96 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

97 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

98 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

99 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

100 - Data de Solicitação: \_\_\_\_\_

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

31 - ( ) Acidente de Trânsito

32 - ( ) Acidente de Trabalho

33 - ( ) Acidente de Trabalho

34 - ( ) Acidente de Trabalho

35 - ( ) Acidente de Trabalho

36 - ( ) Acidente de Trabalho

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

48 - ( ) Acidente de Trabalho

49 - ( ) Acidente de Trabalho

50 - ( ) Acidente de Trabalho

51 - ( ) Acidente de Trabalho

52 - ( ) Acidente de Trabalho

53 - ( ) Acidente de Trabalho

54 - ( ) Acidente de Trabalho

55 - ( ) Acidente de Trabalho

56 - ( ) Acidente de Trabalho

57 - ( ) Acidente de Trabalho

58 - ( ) Acidente de Trabalho

59 - ( ) Acidente de Trabalho

60 - ( ) Acidente de Trabalho

61 - ( ) Acidente de Trabalho

62 - ( ) Acidente de Trabalho

63 - ( ) Acidente de Trabalho

64 - ( ) Acidente de Trabalho

65 - ( ) Acidente de Trabalho

66 - ( ) Acidente de Trabalho

67 - ( ) Acidente de Trabalho

68 - ( ) Acidente de Trabalho

69 - ( ) Acidente de Trabalho

70 - ( ) Acidente de Trabalho

71 - ( ) Acidente de Trabalho

72 - ( ) Acidente de Trabalho

73 - ( ) Acidente de Trabalho

74 - ( ) Acidente de Trabalho

75 - ( ) Acidente de Trabalho

76 - ( ) Acidente de Trabalho

77 - ( ) Acidente de Trabalho

78 - ( ) Acidente de Trabalho

79 - ( ) Acidente de Trabalho

80 - ( ) Acidente de Trabalho

81 - ( ) Acidente de Trabalho

82 - ( ) Acidente de Trabalho

83 - ( ) Acidente de Trabalho

84 - ( ) Acidente de Trabalho

85 - ( ) Acidente de Trabalho

86 - ( ) Acidente de Trabalho

87 - ( ) Acidente de Trabalho

88 - ( ) Acidente de Trabalho

89 - ( ) Acidente de Trabalho

90 - ( ) Acidente de Trabalho

91 - ( ) Acidente de Trabalho

92 - ( ) Acidente de Trabalho

93 - ( ) Acidente de Trabalho

94 - ( ) Acidente de Trabalho

95 - ( ) Acidente de Trabalho

96 - ( ) Acidente de Trabalho

97 - ( ) Acidente de Trabalho

98 - ( ) Acidente de Trabalho

99 - ( ) Acidente de Trabalho

100 - ( ) Acidente de Trabalho

## Autorização

43 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

44 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

45 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

46 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

47 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

48 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

49 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

50 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

51 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

52 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

53 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

54 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

55 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

56 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

57 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

58 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

59 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

60 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

61 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

62 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

63 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

64 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

65 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

66 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

67 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

68 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

69 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

70 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

71 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

72 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

73 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

74 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

75 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

76 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

77 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

78 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

79 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

80 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

81 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

82 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

83 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

84 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

85 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

86 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

87 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

88 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

89 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

90 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

91 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

92 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

93 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

94 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

95 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

96 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

97 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

98 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

99 - Nome do Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

100 - Data de Autorização: \_\_\_\_\_

## Assinatura Paciente ou Responsável

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

52 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

53 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

54 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

55 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

56 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

57 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

58 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

59 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

60 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

61 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

62 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

63 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

64 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

65 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

66 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

67 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

68 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

69 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

70 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

71 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

72 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

73 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

74 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

75 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

76 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

77 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

78 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

79 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

80 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

81 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

82 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

83 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

84 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

85 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

86 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

87 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

88 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

89 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

90 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

91 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

92 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

93 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

94 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

95 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

96 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

97 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

98 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

99 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

100 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/06/2020 22:04:57

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060922041129500000009676664>

Número do documento: 20060922041129500000009676664





Polícia Militar do Piauí  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO		06/04/2016
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Nome: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA		Idade: 356206
IDEM OUTROS HOSPITAIS		Nasc: 02/02/1996 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Atendimento: 6222619	Enfermaria: POSTO II	ENF 207 LEITO
CLÍNICA		Leito: 207		
Médico Assistente		Pai:		
Permanência		Mãe: FRANCISCA ALVES DOS SANTOS SOUSA		
CLÍNICA		RG: 3153199		
		Residência:		
		RUA ANTONIO NOA		
		Nº: 1020		
		Cep: 64470633		
		Bairro: CENTRO		
		Cidade: HUGO NAPOLEAO		
		Telefons: 66 - 995262701		

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

Lesão e edema em  
punho do

DIAGNÓSTICO

Provisório:	Lesão de punho do	CID
Principal:	Lesão de punho do	CID
Procedimento:	Lesão de punho do	
Síntomas e Sinais Principais	Causa Médica	Hist. Prevalente

LUI HERCULANO VASCONCELOS A.S. 1º TEN. PM  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM  
RG: 105198193-2 Mat. 14495-1

TRATAMENTO

Tipo	Terapêutica Médica	Operação	Outro
<input type="checkbox"/> Medicina			<input type="checkbox"/> Medicina
<input type="checkbox"/> Medica			<input type="checkbox"/> Medica
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia			<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia
<input type="checkbox"/> Médico Cirurgico			<input type="checkbox"/> Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação	Data da Alta	Data da Hospitalização
06/04/2016 15:42:45	06/04/2016	

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Fisiologia	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Psiquiatria	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
<input type="checkbox"/> A Perda		
<input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico		
<input type="checkbox"/> Divisão Médica		
<input type="checkbox"/> Por indisciplina		
<input type="checkbox"/> Evasão		
<input type="checkbox"/> P. Ambulatório		

THE

Assinatura:

CRÉDITO: TRAUMATOLOGIA  
CR 1729 / TEND 5285

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1042 - Fone: (86) 3218-1256 Fax: (86) 3218-1620  
CEP: 64014-090 - Teresina - PI CNPJ: 07.464.359/0002-26 CMC: 035/372-8





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



# BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 11/1/2020  
Nº DO PRONTUÁRIO: 356055501  
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

Pele em 11 los Slopiano  
aséptica / paracoste  
antiséptica / campo  
lucção / dessecção  
de tecido / fúncido  
suturas / curativo  
tal e qual  
retirado paracoste

CR: 1729 / 20075285  
CENTRO A - TRAUMATOLOGIA

Luís Henrique Aguiar Reis 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: 11/04/15  
Nº DO PRONTUÁRIO 35628 SALA C-8  
CÓD DA CIRURGIA:

DATA: 20/11/2023 | Unidade de Suporte | Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ ASA: \_\_\_\_\_  
 PROCEDIMENTO: Tratamento de tuberculose | Agt/Enf e Leito: 209/102  
 DE PERNÃO: 2 | AUX: Tuberculose | ANEST: Febre | ANESTESIA: Brinqu  
 PÓS: 2 | CIRC: Enferm | INICIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ SALV: 08  
 HES: \_\_\_\_\_ Hto: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ Creatina: \_\_\_\_\_ Respir: \_\_\_\_\_

EXPERIÊNCIA		SEQUÊNCIA
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

$$1.10 \times 10^{-2} \leq \bar{r}_{\text{eff}} \leq 2.0 \times 10^{-2} \text{ cm}^2/\text{s}$$

© 2005 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 258: 111–119

1. Einleitung  
 2. Grundlagen  
 3. Methoden  
 4. Ergebnisse  
 5. Schlussfolgerungen  
 6. Literaturverzeichnis  
 7. Anhang  
 8. Index  
 9. Abkürzungen  
 10. Formeln  
 11. Diagramme  
 12. Tabelle  
 13. Figuren  
 14. Skizzen  
 15. Zeichnungen  
 16. Photografien  
 17. Rechnungen  
 18. Skizzen  
 19. Zeichnungen  
 20. Photografien  
 21. Rechnungen  
 22. Skizzen  
 23. Zeichnungen  
 24. Photografien  
 25. Rechnungen  
 26. Skizzen  
 27. Zeichnungen  
 28. Photografien  
 29. Rechnungen  
 30. Skizzen  
 31. Zeichnungen  
 32. Photografien  
 33. Rechnungen  
 34. Skizzen  
 35. Zeichnungen  
 36. Photografien  
 37. Rechnungen  
 38. Skizzen  
 39. Zeichnungen  
 40. Photografien  
 41. Rechnungen  
 42. Skizzen  
 43. Zeichnungen  
 44. Photografien  
 45. Rechnungen  
 46. Skizzen  
 47. Zeichnungen  
 48. Photografien  
 49. Rechnungen  
 50. Skizzen  
 51. Zeichnungen  
 52. Photografien  
 53. Rechnungen  
 54. Skizzen  
 55. Zeichnungen  
 56. Photografien  
 57. Rechnungen  
 58. Skizzen  
 59. Zeichnungen  
 60. Photografien  
 61. Rechnungen  
 62. Skizzen  
 63. Zeichnungen  
 64. Photografien  
 65. Rechnungen  
 66. Skizzen  
 67. Zeichnungen  
 68. Photografien  
 69. Rechnungen  
 70. Skizzen  
 71. Zeichnungen  
 72. Photografien  
 73. Rechnungen  
 74. Skizzen  
 75. Zeichnungen  
 76. Photografien  
 77. Rechnungen  
 78. Skizzen  
 79. Zeichnungen  
 80. Photografien  
 81. Rechnungen  
 82. Skizzen  
 83. Zeichnungen  
 84. Photografien  
 85. Rechnungen  
 86. Skizzen  
 87. Zeichnungen  
 88. Photografien  
 89. Rechnungen  
 90. Skizzen  
 91. Zeichnungen  
 92. Photografien  
 93. Rechnungen  
 94. Skizzen  
 95. Zeichnungen  
 96. Photografien  
 97. Rechnungen  
 98. Skizzen  
 99. Zeichnungen  
 100. Photografien  
 101. Rechnungen  
 102. Skizzen  
 103. Zeichnungen  
 104. Photografien  
 105. Rechnungen  
 106. Skizzen  
 107. Zeichnungen  
 108. Photografien  
 109. Rechnungen  
 110. Skizzen  
 111. Zeichnungen  
 112. Photografien  
 113. Rechnungen  
 114. Skizzen  
 115. Zeichnungen  
 116. Photografien  
 117. Rechnungen  
 118. Skizzen  
 119. Zeichnungen  
 120. Photografien  
 121. Rechnungen  
 122. Skizzen  
 123. Zeichnungen  
 124. Photografien  
 125. Rechnungen  
 126. Skizzen  
 127. Zeichnungen  
 128. Photografien  
 129. Rechnungen  
 130. Skizzen  
 131. Zeichnungen  
 132. Photografien  
 133. Rechnungen  
 134. Skizzen  
 135. Zeichnungen  
 136. Photografien  
 137. Rechnungen  
 138. Skizzen  
 139. Zeichnungen  
 140. Photografien  
 141. Rechnungen  
 142. Skizzen  
 143. Zeichnungen  
 144. Photografien  
 145. Rechnungen  
 146. Skizzen  
 147. Zeichnungen  
 148. Photografien  
 149. Rechnungen  
 150. Skizzen  
 151. Zeichnungen  
 152. Photografien  
 153. Rechnungen  
 154. Skizzen  
 155. Zeichnungen  
 156. Photografien  
 157. Rechnungen  
 158. Skizzen  
 159. Zeichnungen  
 160. Photografien  
 161. Rechnungen  
 162. Skizzen  
 163. Zeichnungen  
 164. Photografien  
 165. Rechnungen  
 166. Skizzen  
 167. Zeichnungen  
 168. Photografien  
 169. Rechnungen  
 170. Skizzen  
 171. Zeichnungen  
 172. Photografien  
 173. Rechnungen  
 174. Skizzen  
 175. Zeichnungen  
 176. Photografien  
 177. Rechnungen  
 178. Skizzen  
 179. Zeichnungen  
 180. Photografien  
 181. Rechnungen  
 182. Skizzen  
 183. Zeichnungen  
 184. Photografien  
 185. Rechnungen  
 186. Skizzen  
 187. Zeichnungen  
 188. Photografien  
 189. Rechnungen  
 190. Skizzen  
 191. Zeichnungen  
 192. Photografien  
 193. Rechnungen  
 194. Skizzen  
 195. Zeichnungen  
 196. Photografien  
 197. Rechnungen  
 198. Skizzen  
 199. Zeichnungen  
 200. Photografien  
 201. Rechnungen  
 202. Skizzen  
 203. Zeichnungen  
 204. Photografien  
 205. Rechnungen  
 206. Skizzen  
 207. Zeichnungen  
 208. Photografien  
 209. Rechnungen  
 210. Skizzen  
 211. Zeichnungen  
 212. Photografien  
 213. Rechnungen  
 214. Skizzen  
 215. Zeichnungen  
 216. Photografien  
 217. Rechnungen  
 218. Skizzen  
 219. Zeichnungen  
 220. Photografien  
 221. Rechnungen  
 222. Skizzen  
 223. Zeichnungen  
 224. Photografien  
 225. Rechnungen  
 226. Skizzen  
 227. Zeichnungen  
 228. Photografien  
 229. Rechnungen  
 230. Skizzen  
 231. Zeichnungen  
 232. Photografien  
 233. Rechnungen  
 234. Skizzen

\_\_\_\_\_

KONITORGAS.ÅC

ECG  
PAM  
PANI

☐ Օլիմպիկ  
☐ Հարցազնախոյ  
☐ PVC

Case	$H_{min}$	$H_{max}$	$\epsilon_{min}$	$\epsilon_{max}$
intb (1)				
2 (5)				
medc (1)				

## Medicamentos Utilizados

[illegible]

Dolasetron	Amp
Droperidol	Amp
E(art)	Amp
Efedrin	Amp
Eufurano	in
Fentanyl	in
Fentanyl (SiC)	Amp
Halopano	in
4-tirocortisona	in
salofarmaco	in
Jalco in	Urd
Lidocaina	Fr
Metasolopramida	Amp
Manitol	Fr

Mideolan	Fr
Metronidazol	Fr
Neocena Psa 0,5%	Amp
Nargen	Amp
Novobupl 0,5%	Fr
Nubain	Amp
Neocollin 2% 2 x 4 L	Fr
Neocollin 0,5% isobar	Amp
Noctigmina	Amp
Omeprazol	Fr
Ondasetróna	Amp
Poliso Gel	Fr
Panquardine	Amp
Profenid	Fr

Propofol	ml	Anes
Ranitidina		Anes
Quelicin		Anes
Guafemina		Fr
Ramifentanil		Fr
Ringer lactado		Fr
S. Fiscoloid 0,3%	ml	Fr
S. Glisocoad 5%	ml	Fr
Scalp n°		Un
Tracur		Anes
Tilatit		Fr
Thiopental		Fr

ANESTESIOLOGIA  
 7114  
 1986-08-28



23/04/2018

laudo.digitalrad.com.br/fm/laudoimprime.asp?yopcao=L&yla\_cdiau=96202&yypa\_odpac=31774&yla\_sqiau=43288&yla\_situ=1177



**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*

**IVAN FONTENELE GOMES**  
**CRM-2426-PI**

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

Telefone: (86) 3227-6261  
Fax: (86) 3215-1520

*Leila Maria dos Passos Reis*  
**Leila Maria dos Passos Reis 1ª TEN. PM**  
**Chefe do Arquivo Técnico do HPM-PI**  
**RG 105106103-2 Mat. 14495-G**

laudo.digitalrad.com.br/fm/laudoimprime.asp?yopcao=L&yla\_cdiau=96202&yypa\_odpac=31774&yla\_sqiau=43288&yla\_situ=TO.7056/12/19/2020

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/06/2020 22:04:57

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060922041129500000009676664

Número do documento: 20060922041129500000009676664

Num. 10187056 - Pág. 34



**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 distal

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

\*Correlacionar com dados clínicos.

*Luís Henrique Vasconcelos A. de S. TÊN. 1*  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM  
RG: 105198193-2 Mat. 14495-2

*Nayra Virginia de Sousa Costa*  
CRM 3320

**NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA**  
CRM 3320

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

Telefone: (86) 3227-6265  
Fax (86) 3218-1520





D



D

Guest  
Exame: 07/04/2018 Hora: 09:23

WC: 286  
WW: 438

HPM  
FABIANO FELIPE DE SOUSA  
Idade: 022Y  
Sexo: M

Luis Henrique Vasconcelos R. 3º 1º TEN. P.  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM  
RG: 105108102-2 Mdt. 14405-9



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 - v  
RG: 105198193-2 Mat. 14485-9

