
Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200079839

Vítima: YLEALDO VIEIRA LEAL

Data do Acidente: 20/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), YLEALDO VIEIRA LEAL

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200267083

Vítima: YLEALDO VIEIRA LEAL

Data do Acidente: 20/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), YLEALDO VIEIRA LEAL

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200267083

Vítima: YLEALDO VIEIRA LEAL

Data do Acidente: 20/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), YLEALDO VIEIRA LEAL

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau intenso 75%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%	
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$ 2.531,25

Recebedor: YLEALDO VIEIRA LEAL

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **341**

Agência: **000000344**

Conta: **0000079298-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 618.973.533-91 4 - Nome completo da vítima: Ylivaldo Vieira Real

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

5 - Nome completo: Ylivaldo Vieira Real 6 - CPF: 618.973.533-91
7 - Profissão: Recusado - me 8 - Endereço: Rua Sireu Henriques I 9 - Número: 5501 10 - Complemento: A-79 A
11 - Bairro: Itararé 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.077-250
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86/98821-4516

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

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0344 CONTA: 79298 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 17/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 618.973.533-91 4 - Nome completo da vítima: Ylinaldo Vieira Real

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

5 - Nome completo: Ylinaldo Vieira Real 6 - CPF: 618.973.533-91
7 - Profissão: Recusado - me 8 - Endereço: Rua Sireu Henriques I 9 - Número: 5501 10 - Complemento: A-79 A
11 - Bairro: Itararé 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.077-250
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86/98821-4516

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

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0344 CONTA: 79298 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 17/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003929/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/02/2020 14:41 Data/Hora Fim: 04/02/2020 14:55
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 20/11/2019 11:10

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Bairro: Esplanada
Logradouro: qd a4
Complemento: teresina sul

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: YLEALDO VIEIRA LEAL (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 26/07/1977	Idade: 42 anos
Naturalidade: PI - Teresina	Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais		
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Maria Jose Vieira da Silva Leal			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 618.973.533-91

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: qd a1, c 07
Complemento: teresina sul
Bairro: santo antonio

Nº: 07

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
--

Nacionalidade: Brasileira Idade:

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição desconhecido	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Haroldo Bonfim de Oliveira
Data de Impressão: 04/02/2020 14:55
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003929/2020

o noticiante relata que trafegava a pé pela via acima citada quando foi atropelado por um veículo motocicleta não identificado, lesionou-se, foi socorrido por terceiros e levado ao hospital de urgência de teresina, prontuário de nº 510251.

ASSINATURAS

P.O.

Haroldo Bonfim de Oliveira
Agente de Polícia
Matrícula 0095150
Responsável pelo Atendimento

Ylealdo Vieira Leal
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003929/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/02/2020 14:41 Data/Hora Fim: 04/02/2020 14:55
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 20/11/2019 11:10

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Bairro: Esplanada
Logradouro: qd a4
Complemento: teresina sul

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: YLEALDO VIEIRA LEAL (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 26/07/1977	Idade: 42 anos
Naturalidade: PI - Teresina	Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais		
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Maria Jose Vieira da Silva Leal			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 618.973.533-91

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: qd a1, c 07
Complemento: teresina sul
Bairro: santo antonio

Nº: 07

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
--

Nacionalidade: Brasileira Idade:

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição desconhecido	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Haroldo Bonfim de Oliveira
Data de Impressão: 04/02/2020 14:55
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003929/2020

o noticiante relata que trafegava a pé pela via acima citada quando foi atropelado por um veículo motocicleta não identificado, lesionou-se, foi socorrido por terceiros e levado ao hospital de urgência de teresina, prontuário de nº 510251.

ASSINATURAS

P.O.

Haroldo Bonfim de Oliveira
Agente de Polícia
Matrícula 0095150
Responsável pelo Atendimento

Ylealdo Vieira Leal
(Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 618.973.533-91 4 - Nome completo da vítima: Ylivaldo Vieira Real

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

5 - Nome completo: Ylivaldo Vieira Real 6 - CPF: 618.973.533-91
7 - Profissão: Recusado - me 8 - Endereço: Rua Sirene Henriques I 9 - Número: 501 10 - Complemento: A-79 A
11 - Bairro: Itararé 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.077-250
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 86/98821-4516

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

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0344 CONTA: 79298 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 17/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: YLEALDO VIEIRA LEAL

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00344

CONTA: 000000079298-1

Autenticação:

D0D93717286339619230C8BFB134C203614027F26E2E7242C73B6EAA3B8A56DF

ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27.576.740/000126 - L.S. 19% 35574
Av. Prof. Camilo Filho, 1.950, Têxtil - on Santox - CEP 64200-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRICULA 12962040-8 FATURA Nº 153941153
MÊS/ANO 12/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARIA JOSE VIEIRA DA SILVA LEAL *
PROPRIETARIO: YASHTONY VIEIRA LEAL
CON DIRCEU ARCOVERDE T 0-879 A
0-081, 0-079-C-001-ITARAÍ-TERESINA-PI-cep:64077250

LOCALIZAÇÃO 007-00034-007550 GRUPO 007 NÚMERO DO HODRÔMETRO Y195262915

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÊS/ANO TIPO LIDO FATURADO
11/2019 Rincão 07 10
12/2019 Pádua 00 10
01/2019 Pádua 00 10
02/2019 Pádua 00 10
03/2019 Pádua 00 10
04/2019 Pádua 00 10
05/2019 Pádua 00 10
06/2019 Pádua 00 10
07/2019 Pádua 00 10
08/2019 Pádua 00 10
09/2019 Pádua 00 10
10/2019 Pádua 00 10
11/2019 Pádua 00 10
12/2019 Pádua 00 10
ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

DATA LETURA
ANTERIOR 09/11/2019 7
ATUAL 09/12/2019 14
CONSUMO MÊS M3 10
LITROS M3 1000
PS. PASEP 21.28+1.53K+ 0.51
CPRES 31.00+7.00K+ 0.20

TABELA DE TARIFAS
RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (R\$)
0 10 0.0000 00
10 20 0.1100 00
20 999999 0.0010 00
DESCR. VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66
> Residencial-Normal 10,0 m3 30,66
JUROS POR ATRASO 001/001 0,09
MULTA POR ATRASO 001/001 0,63

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (R\$)
VENCIMENTO 22/12/2019 TOTAL PAGAR 31,38

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
A VIGILANCIA DO CONTE / AUTO RELIGACAO PELO CONSUMIDOR E PASSIVEL O
MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 4º, inciso V e nº 2.887/99, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	ANÁLISES REALIZADAS	ANÁLISES EM CONFORMIDADE	ANÁLISES EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3187	3180	7	1,30	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	3487	3485	2	3,94	Inferior a 15
PH	2474	2436	38	6,87	6,00-9,50
TURBIDEZ	3483	3477	4	0,23	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	ANÁLISES REALIZADAS	ANÁLISES EM CONFORMIDADE	ANÁLISES EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ISO-SPICHA COL	1372	1372	0	Ausente	Ausente
	1372	1372	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 09/12/2019 HORA DA EMISSÃO: 13:06

L. 43.348 2019/12/09/13:06:01

ÁGUAS DE
TERESINA

MATRICULA 12962040-8 FATURA Nº 153941153
MÊS/ANO 12/2019



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: YLEALDO VIEIRA LEAL

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510251

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE) NHEO
20/11/19

Imp: 20/11/2019 11:34:12

(User: CLAUDIO AURELIO)

(Estação: GESS002)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: YLEALDO VIEIRA LEAL		Prontuário: 510251
Mãe: MARIA JOSE VIEIRA DA SILVA LEAL	Pai:	
End.Resid.: QD 79 CS 01 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 26/07/1977	Idade: 42a3m25d	Sexo: Masculino Fone: 86-98877-8798
Responsável: O MESMO	CNS: 704303524346191	
Profissão: SERV GERAIS	Documento: Reg.Nasc: 0000000	
Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 752665	Entrada: 20/11/2019 11:23:10	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Forme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)			
Condução:			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE COM RELATO DE TRAUMA EM PE DIREITO. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA.		SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 20/11/2019 11:26:03

SSVV:	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: TRAUMA EM TORNOZELO D DOR EDEMA LOCAL RX	RAIO-X REALIZADO DATA 20/11/19 HORA TÉCNICO: JCO
---	---

Diagnóstico Inicial: Entorse e distensão do tornozelo	CID: S934
---	---------------------

Exames Complementares: (1365769) - TORNOZELO DIREITO	Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confere com o Original
--	--

Prescrição Médica:	RAIO-X REALIZADO DATA 23/11/19 HORA TÉCNICO: Juxia
---------------------------	---

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA: ____ / ____ / ____	HORA: ____ : ____
Observação (Adulto)		

[Assinatura]
Assinatura Paciente ou Responsável

CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS
3321 Em: 20/11/2019 11:34:11

FICHA DE ADMISSÃO



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Prontuario:

510251

Internação:

252143

Nome: **YLEALDO VIEIRA LEAL**

End. Resid.: QD 79 CS 01 - DIRCEU ARCOVERDE

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo:

Masculino

Nascimento:

26/07/1977

Idade:

42a3m25d

Estado Civil:

Casado(a)

Profissão:

SERV GERAIS

Admissão:

04/05/2019

G.Instrução:

Não informado

Fone:

86-98877-8798

Cartão SUS (CNS):

704303524346191

Procedência:

TERESINA

Pai:

Mãe:

MARIA JOSE VIEIRA DA SILVA LEAL

Cônjuge:

Responsável:

End.Responsável:

Documento:

Internou-se neste Hospital: () Sim () Não Internou Noutros Hospitais () Sim () Não

História Clínica: (Registre as palavras do doente e todos os achados de exames a que foi submetido)

TRAUMA EM TORNOZELO D

DOR EDEMA LOCAL

RX FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

DIAGNÓSTICO:

Provisório: Fratura do maléolo medial

C I D: S825

Principal:

C I D:

Intercorrência:

Sintomas e Sinais Principais:

Causa Mortis:

Hist.Patológico:

TRATAMENTO:

TIPO:	TERAPÊUTICA MÉDICA:	OPERAÇÃO:	EFICÁCIA:
() Nenhum		Principal:	() Eficaz
() Médico			() Ineficaz
() Cirúrgico			() Prejudicial
() Méd.Cirug.		Acessoria:	() Não Avaliado

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

DURAÇÃO:

Data Internação:	Hora:	Data Alta:	Hora:	Data Hospitalização:
------------------	-------	------------	-------	----------------------

ALTA SAÍDA:

TRANSFERÊNCIA:

ÓBITO:

() Curado	() A Pedido	() Por Indisciplina	() Tisiologia	() <=48 H, estado agônico ou pré-agôni
() Melhorado	() Int.P/Diagnóstico	() Evasão	() Psiquiatria	() <=48 H, SEM estado agônico ou pré-a
() Inalterado	() Decisão Médica	() P.Ambulatório	() Outros	() Após 48 horas de Internação

Em: 20/11/2019

Ass. Médico

responsável pelo Preenchimento



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

FMS

Fundação Municipal
de Saúde

SOLICITAÇÃO DE OPME
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: VLEALDO VIEIRA LEAL

MÉDICO SOLICITANTE: DR. LAD-95E

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050543

CÓDIGO OPME: _____

JUSTIFICATIVA:

Paciente com
problema de pilão
presente na

NS
Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

Teresina, ____/____/____

Leo-Isé Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM: 91 2660 SPB 163497
Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:

AUDITOR:

Teresina, ____/____/____

Assinatura do Médico Solicitante



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 21/11/19

NOME DO PACIENTE: Vlealdo Vieira Leal	PRONTUÁRIO Nº: 123456789
DIAGNÓSTICO: FIM. PULO TUBER	CIRURGIA: PULO TUBER
ANESTESIA: Dr. Felipe	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr. Roberto	CPF Nº: 123456789
AUXILIAR:	CPF Nº: 123456789
ANESTESIA: Raquel + Sedução	CPF Nº: 123456789
INSTRUMENTADORA: Ana Cláudia	CPF Nº: 123456789

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 04	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE 26	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		Crepson		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Electrolyte - 05			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Esuona - 03			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	02						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 1	02			CIRCULANTE: Dina			
PROLENE							

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HUT
Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
LEALDO VIEIRA LEAL		510251	ORTOPEDIA			Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
DATA/HORA		PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES / ALERGIAS
20/11/19		# MALEOLO MEDIAL				12h - Remédio AMP com gluco 7h30 em MSD. Medica alergia medicamentosa
1		DIETA BRANDA				Ilana Marcia Téc. de Enfermagem COREN-PI 51111
2		SF 0,9% 2000 ML EV AO DIA				
3		DIPIRONA 1G - 2CC + AD EV 6/6H		12h30 - 24h30		
5		TENOXICAM 20MG DIL EV 12/12H		12h30 - 24h30		
6		TRAMADOL 100MG 01 AMP + 100ML SF0,9%, EV, 8/8H SOS		12h30 - 24h30		
7		CCGG E SSV				
9						
10						

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054 ROE 2425

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto



IDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE CLÍNICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

YLEALDO VIEIRA LEAL

PRONTUÁRIO

510251

DATA NASC

26/07/1977

IDADE

42

CLÍNICA

Ortopédica

236

ENF. OU AP. LEITO

35

MÉDICO ASSISTENTE

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES

DI : 20/11/2019

22/11/19

FRAT PILAO TIBIAL

1 Dieta oral livre

2 Igelco salinizado

3 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h

4 Rantidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs

5 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs

6 Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN

7 Bromoprida 10mg/ml - 1amp + AD EV 8/8 hs SN

8 Curativos diários

9 Cuidados gerais e sinais vitais

Dr. Paulo H. L. Pereira Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11305

Dr. Yury Linhares Félix
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11308

Dr. Gloriano Cronembregger / Dr. Yury Linhares Félix / Dr. Paulo H. L. Pereira Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia
CRM 3415-TEOT 10029 / CRM 11308 / CRM 11305 / CRM 3367



263948

46 - Nome do Profissional Autorizador:		47-Data Autorização: 10/8/9	50-Ass. CAU Assessoria dos Santos Costa Assessoria de Auditoria - ENCAV/SN Rua ... 702.163 CEP ... 00050-... Fone ...
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:		
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: E. A. A. A. A. A.			Usuário: R. A. A. A. A. Consulta Social: 752665 Consulta SUS:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 263948	
		AIH: 2219102374973	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO			

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 704303524346191	NOME DO PACIENTE YLEALDO VIEIRA LEAL	NASCIMENTO 26/07/1977	SEXO M	PRONTUÁRIO 510251
DOCUMENTO CPF 1592826	TELEFONE 8688778798	NOME DA MÃE MARIA JOSE VIEIRA DA SILVA LEAL		
RESPONSÁVEL O MESMO				
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO QUADRA 01 CASA 07			NUMERO / LOTE
BAIRRO PARQUE PIAUI	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS
TRAUMA EM TORNOZELO DDOR EDEMA LOCALRX FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRURGICO

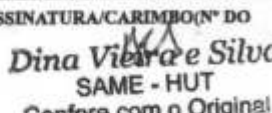
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EXAME CLINICO E RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S825 - FRATURA DO MALEOLO MEDIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408050578 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))  Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confere com o Original
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 20/11/2019
DATA ADMISSÃO 20/11/2019 11:23	DATA ALTA 22/11/2019 10:00
MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

CAJO VAZ DE OLIVEIRA NETO		CPF: 77632702334	CRM:
---------------------------	--	------------------	------

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LES

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))  LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA PARIAS CPF: 09623442300 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 20/11/2019 15:16:19 CPF: CRM: DATA ANALISE:
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



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

FMS

Fundação Municipal
de Saúde

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Ylealcho Vieira Leal

Diagnóstico pré-operatório

TUMOR DE A NOTIBUR (D)

Operação - Tipo

PARTI CA PULS T

Cirurgião

Dr. Lucio-tse

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Ance Gladys

Anestesista

Dr. Felipe

Anestesia

Raque + Sombas

Anestésico(a)

Data da Operação

21/11/19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

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

1) PARTI 2) ASS 3) CA
4) PULS 5) T 6) SUTURAS 7) VENTIL

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Ylealdo Vieira Leal

IDADE _____ anos

DATA 21 / 11 / 21

HORÁRIO DE ADMISSÃO 12 hs 00 min

TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA _____

CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS

HORÁRIO

ADMISSÃO

SAÍDA

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)

106 x 62

98 x 57

FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)

80

63

SATURAÇÃO DE O₂ (%)

99 %

99 %

TEMPERATURA AXILAR (0° C)

-

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)

-

NOME/ MATRÍCULA

Anunciadas

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ADMISSÃO

SAÍDA

ATIVIDADE MUSCULAR

Movimenta os quatro membros

2

2 ☐

2 ☐

2 ☐

Movimenta dois membros

1

1 ☒

1 ☐

1 ☐

É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando

0

0 ☐

0 ☐

0 ☐

RESPIRAÇÃO

É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente

2

2 ☒

2 ☐

2 ☐

Apresenta dispnéia ou limitação da respiração

1

1 ☐

1 ☐

1 ☐

Tem apnéia

0

0 ☐

0 ☐

0 ☐

CIRCULAÇÃO

PA em 20% do nível pré-anestésico

2

2 ☒

2 ☐

2 ☐

PA em 20-49% do nível anestésico

1

1 ☐

1 ☐

1 ☐

PA em 50% do nível pré-anestésico

0

0 ☐

0 ☐

0 ☐

CONSCIÊNCIA

Esta lúcido e orientado no tempo e espaço

2

2 ☒

2 ☐

2 ☐

Desperta, se solicitado

1

1 ☐

1 ☐

1 ☐

Não responde

0

0 ☐

0 ☐

0 ☐

SATURAÇÃO O₂

É capaz de manter saturação de O₂ maior de 92% respirando em ar ambiente

2

2 ☒

2 ☐

2 ☐

Necessita de O₂ para manter saturação maior que 90%

1

1 ☐

1 ☐

1 ☐

Apresenta saturação de O₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O₂

0

0 ☐

0 ☐

0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

09

ASS.

Cristiane Tiburcio de Mello Ferreira
COREN - PI 149441
ENFERMEIRA

() SONDA VESICAL

() DRENO DE SUÇÃO

() DRENO TORACICO

() DVE

() COLOSTOMIA

SONDA () NASOG () NASC

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

12h - Paciente admitido no SRPA em RTI de Fratura de Plató e bico de papo de Raqui anestesia. Consciente, orientado, fático, supnê 21 O₂. HV em curso. SSV estáveis.

Cristiane Tiburcio de Mello Ferreira
COREN - PI 149441
ENFERMEIRA

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Yleudo Vieira Leal</u>					Nº DE REGISTRO		
DATA: <u>29.11.19</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>AMI, Rpm > 8 hms, sem alar</u>					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
		11:30				12:00	
AGENTES ANESTESICOS	OXIGÊNIO					TOTAL DE DOSES	
1	2					1. Macaco Pardo 12g	
3	Ar					2. maca 80g	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500					3. Celulose 2g	
	400					4. 7.1.1. 20g	
	SANGUE 300					5. 1.1.1. 2g	
	200					6. 1.1.1. 2g	
	OUTROS 100					7. 1.1.1. 2g	
TEMPERATURA T	C°					1. 1.1.1. 2g	
P. ARTERIAL V O PULSO	38					SEQUÊNCIA	
	2					1. 1.1.1. 2g	
	200					3. 1.1.1. 2g	
	180					4. 1.1.1. 2g	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	160					5. 1.1.1. 2g	
	140					6. 1.1.1. 2g	
	120					7. 1.1.1. 2g	
	100					8. 1.1.1. 2g	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	80					9. 1.1.1. 2g	
	60					10. 1.1.1. 2g	
	40					11. 1.1.1. 2g	
	20					12. 1.1.1. 2g	
RESPIRAÇÃO O	10					13. 1.1.1. 2g	
						14. 1.1.1. 2g	
						15. 1.1.1. 2g	
SÍMBOLOS		K O				DURAÇÃO 50min	
TÉCNICAS <u>Respiração + sedação</u>					INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES <u>Exatames de formoselas</u>							
CIRURGIÕES <u>Lao</u>							
ANESTESISTAS							
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							
PARITICULARIDADES							

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **YLEALDO VIEIRA LEAL** (Prontuário: 510251)
Endereço: QD 79 CS 01 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 26/07/1977 Idade: 42a3m28d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752665
Requisição: 1026773 Solicitação: 20/11/2019 Solicitante: CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS
Controle: 1365769 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 20/11/2019

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no maléolo tibial medial.
- Partes moles sem particularidades.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/11/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICOPaciente: **YLEALDO VIEIRA LEAL** (Prontuário: 510251)

Endereço: QD 79 CS 01 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 26/07/1977 Idade: 42a5m11d

Sexo: Masculino

Origem: INTERNAÇÃO

Atendimento: 252221

Requisição: 1045068

Solicitação: 06/01/2020

Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

Controle: 1404560

Convênio: S U S

CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11

ENFERMARIA 236

LEITO 35

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 06/01/2020

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em
pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no maléolo lateral fixada com placa e parafusos metálicos.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 06/01/2020

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

INSTITUTO AERONAUTICO

BRASIL

EXPOSICAO

1950

1950

1950

1950

1950

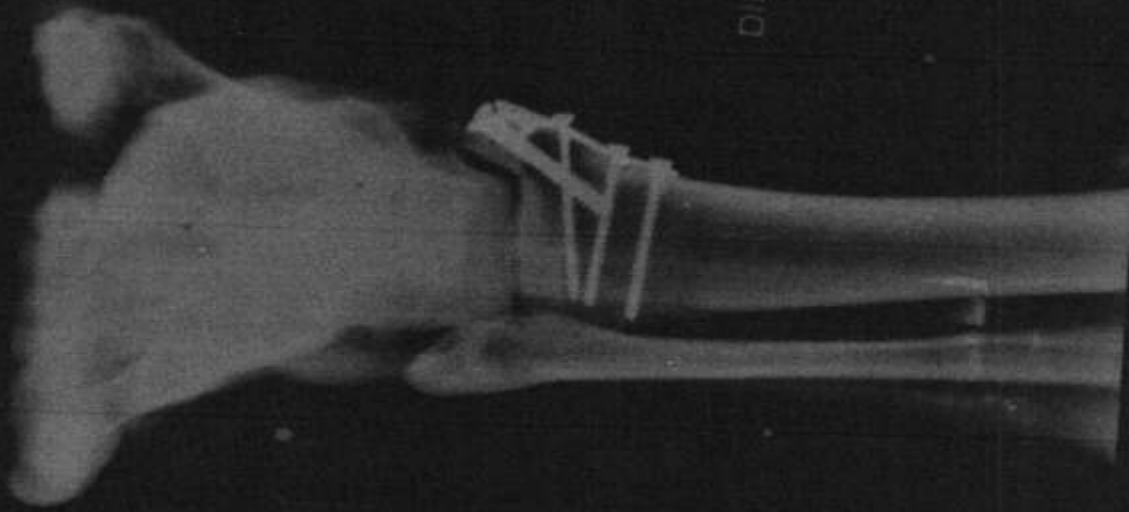
1950

EXPOSICAO DE AERONAUTICA
HOSPITAL DE AERONAUTICA

EXPOSICAO DE AERONAUTICA
HOSPITAL DE AERONAUTICA

EXPOSICAO DE AERONAUTICA
HOSPITAL DE AERONAUTICA

EXPOSICAO DE AERONAUTICA
HOSPITAL DE AERONAUTICA



DIREITO





**CLÍNICA
MACHADO**

RELATÓRIO MÉDICO

Declaramos que o paciente vítima
de acidente de trânsito, foi vítima de acidente de trânsito,
fato ocorrido em 20.11.2019 às 11:23h.
Tendo sofrido forte trauma em alto, com
sua coxa fratura no malcão
tibial medial, onde foi fixado
cirurgicamente com parafusos de fixa-
ção, com alta definitiva, com
coxa sequestra; forte dor, limita-
ção de movimentos, com sensações
de entorpecimento de membro afec-
tado, com comprometimento
funcional de 85%.

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

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2650-MA
(66) 9 9532-1987 - Teresina-PI

23.07.2020

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 99821-0151 • 99827-2726 • 99002-9920



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: YLEALDO VIEIRA LEAL

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510251

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE) NHEO
20/11/19

Imp: 20/11/2019 11:34:12

(User: CLAUDIO AURELIO)

(Estação: GESS002)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: YLEALDO VIEIRA LEAL		Prontuário: 510251
Mãe: MARIA JOSE VIEIRA DA SILVA LEAL	Pai:	
End.Resid.: QD 79 CS 01 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 26/07/1977	Idade: 42a3m25d	Sexo: Masculino Fone: 86-98877-8798
Responsável: O MESMO	CNS: 704303524346191	
Profissão: SERV GERAIS	Documento: Reg.Nasc: 0000000	
Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 752665	Entrada: 20/11/2019 11:23:10	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Forme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)			
Condução:			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE COM RELATO DE TRAUMA EM PE DIREITO. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA.		SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 20/11/2019 11:26:03

SSVV:	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: TRAUMA EM TORNOZELO D DOR EDEMA LOCAL RX	RAIO-X REALIZADO DATA 20/11/19 HORA TÉCNICO: JCO
---	---

Diagnóstico Inicial: Entorse e distensão do tornozelo	CID: S934
---	---------------------

Exames Complementares: (1365769) - TORNOZELO DIREITO	Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confere com o Original
--	--

Prescrição Médica:	RAIO-X REALIZADO DATA 23/11/19 HORA TÉCNICO: Juxia
---------------------------	---

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA: ____ / ____ / ____	HORA: ____ : ____
Observação (Adulto)		

[Assinatura]
Assinatura Paciente ou Responsável

CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS
3321 Em: 20/11/2019 11:34:11

FICHA DE ADMISSÃO



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Prontuario:

510251

Internação:

252143

Nome: **YLEALDO VIEIRA LEAL**

End. Resid.: QD 79 CS 01 - DIRCEU ARCOVERDE

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo:

Masculino

Nascimento:

26/07/1977

Idade:

42a3m25d

Estado Civil:

Casado(a)

Profissão:

SERV GERAIS

Admissão:

04/05/2019

G.Instrução:

Não informado

Fone:

86-98877-8798

Cartão SUS (CNS):

704303524346191

Procedência:

TERESINA

Pai:

Mãe:

MARIA JOSE VIEIRA DA SILVA LEAL

Cônjuge:

Responsável:

End.Responsável:

Documento:

Internou-se neste Hospital: () Sim () Não Internou Noutros Hospitais () Sim () Não

História Clínica: (Registre as palavras do doente e todos os achados de exames a que foi submetido)

TRAUMA EM TORNOZELO D

DOR EDEMA LOCAL

RX FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

DIAGNÓSTICO:

Provisório: Fratura do maléolo medial

C I D: S825

Principal:

C I D:

Intercorrência:

Sintomas e Sinais Principais:

Causa Mortis:

Hist.Patológico:

TRATAMENTO:

TIPO:	TERAPÊUTICA MÉDICA:	OPERAÇÃO:	EFICÁCIA:
() Nenhum		Principal:	() Eficaz
() Médico			() Ineficaz
() Cirúrgico			() Prejudicial
() Méd.Cirug.		Acessoria:	() Não Avaliado

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

DURAÇÃO:

Data Internação:	Hora:	Data Alta:	Hora:	Data Hospitalização:
------------------	-------	------------	-------	----------------------

ALTA SAÍDA:

TRANSFERÊNCIA:

ÓBITO:

() Curado	() A Pedido	() Por Indisciplina	() Tisiologia	() <=48 H, estado agônico ou pré-agôni
() Melhorado	() Int.P/Diagnóstico	() Evasão	() Psiquiatria	() <=48 H, SEM estado agônico ou pré-a
() Inalterado	() Decisão Médica	() P.Ambulatório	() Outros	() Após 48 horas de Internação

Em: 20/11/2019

Ass. Médico

responsável pelo Preenchimento



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

FMS

Fundação Municipal
de Saúde

SOLICITAÇÃO DE OPME
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: VLEALDO VIEIRA LEAL

MÉDICO SOLICITANTE: DR. LAD-95E

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050543

CÓDIGO OPME: _____

JUSTIFICATIVA:

*Paciente com
problema de pilão
necessita placa*

NA
Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

Teresina, ____/____/____

Leo-Isé Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM: 91 2660 SPB 163497
Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:

AUDITOR:

Teresina, ____/____/____

Assinatura do Médico Solicitante



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 21/11/19

NOME DO PACIENTE: Vlealdo Vieira Leal	PRONTUÁRIO Nº: 123456789
DIAGNÓSTICO: FIM. PULO TUBER	CIRURGIA: PULO TUBER
ANESTESIA: Dr. Felipe	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr. Roberto	CPF Nº: 123456789
AUXILIAR:	CPF Nº: 123456789
ANESTESIA: Raquel + Sedução	CPF Nº: 123456789
INSTRUMENTADORA: Ana Cláudia	CPF Nº: 123456789

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 04	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE 26	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		Crepson		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Electrolyte - 05			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Esuona - 03			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	02						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 1	02			CIRCULANTE: Dina			
PROLENE							

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HUT
Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
LEALDO VIEIRA LEAL		510251	ORTOPEDIA			Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
DATA/HORA		PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES / ALERGIAS
20/11/19		# MALEOLO MEDIAL				12h - Remédios AMP com Keflex 750mg em MSD. Não alergia medicamentosa
1 DIETA BRANDA						Ilana Marcia Téc. de Enfermagem COREN-PI 51111
2 SF 0,9% 2000 ML EV AO DIA						
3 DIPIRONA 1G - 2CC + AD EV 6/6H						
5 TENOXICAM 20MG DIL EV 12/12H						
6 TRAMADOL 100MG 01 AMP + 100ML SF0,9%, EV, 8/8H SOS						
7 CCGG E SSV						
9						
10						

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054 ROE 2425

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto



IDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE CLÍNICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

YLEALDO VIEIRA LEAL

PRONTUÁRIO

510251

DATA NASC

26/07/1977

IDADE

42

CLÍNICA

Ortopédica

236

ENF. OU AP. LEITO

35

MÉDICO ASSISTENTE

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES

DI : 20/11/2019

22/11/19

FRAT PILAO TIBIAL

1 Dieta oral livre

2 Igelco salinizado

3 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h

4 Rantidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs

5 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs

6 Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN

7 Bromoprida 10mg/ml - 1amp + AD EV 8/8 hs SN

8 Curativos diários

9 Cuidados gerais e sinais vitais

Dr. Paulo H. L. Pereira Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11305

Dr. Yury Linhares Félix
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11305

Dr. Gloriano Cronembregger / Dr. Yury Linhares Félix / Dr. Paulo H. L. Pereira Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia
CRM 3415-TEOT 10029 / CRM 11308 / CRM 3766-TEOT 11305 / CRM 3367

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Vitorino L. Costa		50251	Ortopédica			236/EX7
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
			HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES		
1	DIETA ORAL LIVRE Nehjlla C. L. Casas Berlin Nutricionista CR1 10558					
2	SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA					
3	CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS					
4	RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8/8 h					
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h					
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12h					
7	TRAMAL 100MG- 1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN					
8	CUIDADOS GERAIS					
0						



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

263943

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	25214

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: YLEALDO VIEIRA LEAL	6 - Prontuário: 510251		
7-CNS: 704303524346191	8-Nascimento: 26/07/1977	9-Sexo: Masculino	
10-Mãe: MARIA JOSE VIEIRA DA SILVA LEAL	12-Fone: 86-98877-8798		
11-Resp: (O MESMO)	14-Cor: Sem Informação		
13-Endereço: QD 79 CS 01 - DIRCEU ARCOVERDE - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: TRAUMA EM TORNOZELO D DOR EDEMA LOCAL RX FRATURA DO MALEOLO MEDIAL			
21 - Condições que justificam a internação: TRATAMENTO CIRURGICO			
22- Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): EXAME CLINICO E RX	<i>montar crsr</i>		
23- Diagnóstico Inicial: Fratura do maléolo medial	24-CID Prim: S925	25-CID Sec.: 	26-CID C.AB:

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050578	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	Tempo	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 776.327.023-34
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO	34-Data Solicitação: 20/11/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CPM)	

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054 / RQE 2425

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 10/12/19	
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. CA <i>Assessoria dos Santos Costa</i> Assessoria de Auditoria - BRICAA/SV Assessoria de Auditoria - BRICAA/SV Assessoria de Auditoria - BRICAA/SV Assessoria de Auditoria - BRICAA/SV
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>[assinatura]</i>		Usuário: AUDIO AURELI Consulta Social: 752665 Consulta SUS:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 263948	
		AIH: 2219102374973	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO			

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 704303524346191	NOME DO PACIENTE YLEALDO VIEIRA LEAL	NASCIMENTO 26/07/1977	SEXO M	PRONTUÁRIO 510251
DOCUMENTO CPF 1592826	TELEFONE 8688778798	NOME DA MÃE MARIA JOSE VIEIRA DA SILVA LEAL		RESPONSÁVEL O MESMO
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO QUADRA 01 CASA 07			NUMERO / LOTE
BAIRRO PARQUE PIAUI	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA		UF PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS
TRAUMA EM TORNOZELO DDOR EDEMA LOCALRX FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRURGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EXAME CLINICO E RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S825 - FRATURA DO MALEOLO MEDIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408050578 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) <i>Dina Vieira e Silva</i> SAME - HUT Confere com o Original
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 20/11/2019
DATA ADMISSÃO 20/11/2019 11:23	DATA ALTA 22/11/2019 10:00
MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)							
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LES

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA PARIAS CPF: 09623442300 CRM: DATA ANALISE: 20/11/2019 15:16:19	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CPF CRM DATA ANALISE
---	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



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

FMS

Fundação Municipal
de Saúde

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Ylealcho Vieira Leal

Diagnóstico pré-operatório

TUMOR DE A NOTIBUR (D)

Operação - Tipo

PARTI CA PULS T

Cirurgião

Dr. Lucio-tse

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Ance Gladys

Anestesista

Dr. Felipe

Anestesia

Raque + Sombas

Anestésico(a)

Data da Operação

21/11/19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

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

1) PARTI 2) ASS 3) CA
4) PULS 5) T
6) SUTURA 7) VENTIL

RESERVAÇÃO DE ANATOMIA PATOLÓGICA
CONFERIR COM O ORIGINAL

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Ylealdo Vieira Leal

IDADE _____ anos

DATA 21/11/21

HORÁRIO DE ADMISSÃO 12 hs 00 min

TIPO DE ANESTESIA() GERAL() RAQUE() BLOQUEIO() PERIDURAL() SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA _____

CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS

HORÁRIO

ADMISSÃO

SAÍDA

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)

106 x 62

98 x 57

FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)

80

63

SATURAÇÃO DE O₂ (%)

99%

99%

TEMPERATURA AXILAR (0° C)

-

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)

-

NOME/ MATRÍCULA

Anunciadas

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ADMISSÃO

SAÍDA

ATIVIDADE MUSCULAR

Movimenta os quatro membros

2

2 ☐

2 ☐

2 ☐

2 ☐

Movimenta dois membros

1

1 ☒

1 ☐

1 ☐

1 ☐

É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando

0

0 ☐

0 ☐

0 ☐

0 ☐

RESPIRAÇÃO

É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente

2

2 ☒

2 ☐

2 ☐

2 ☐

Apresenta dispnéia ou limitação da respiração

1

1 ☐

1 ☐

1 ☐

1 ☐

Tem apnéia

0

0 ☐

0 ☐

0 ☐

0 ☐

CIRCULAÇÃO

PA em 20% do nível pré-anestésico

2

2 ☒

2 ☐

2 ☐

2 ☐

PA em 20-49% do nível anestésico

1

1 ☐

1 ☐

1 ☐

1 ☐

PA em 50% do nível pré-anestésico

0

0 ☐

0 ☐

0 ☐

0 ☐

CONSCIÊNCIA

Esta lúcido e orientado no tempo e espaço

2

2 ☒

2 ☐

2 ☐

2 ☐

Desperta, se solicitado

1

1 ☐

1 ☐

1 ☐

1 ☐

Não responde

0

0 ☐

0 ☐

0 ☐

0 ☐

SATURAÇÃO O₂

É capaz de manter saturação de O₂ maior de 92% respirando em ar ambiente

2

2 ☒

2 ☐

2 ☐

2 ☐

Necessita de O₂ para manter saturação maior que 90%

1

1 ☐

1 ☐

1 ☐

1 ☐

Apresenta saturação de O₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O₂

0

0 ☐

0 ☐

0 ☐

0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

09

ASS.

Cristiane Tibério de Mello Ferreira
COREN - PI 149441
ENFERMEIRA

() SONDA VESICAL

() DRENO DE SUÇÃO

() DRENO TORACICO

() DVE

() COLOSTOMIA

SONDA () NASOG () NASC

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

12h - Paciente admitido no SRPA em RTI de Fratura de Plató e bico de papagaio de Raqui-anestesia. Consciente, orientado, fático, eupnéico. O₂ HV em curso. SSV estáveis.

Cristiane Tibério de Mello Ferreira
COREN - PI 149441
ENFERMEIRA

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

PRESCRIÇÃO MÉDICA

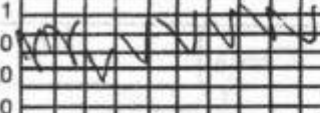
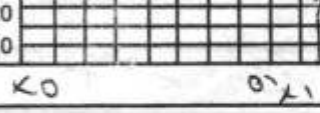
ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Yleudo Vieira Leal</u>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>29.11.19</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>AMI, Rpm > 8 hms, sem alar</u>					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
		11:30 12:00				TOTAL DE DOSES
AGENTES ANESTESICOS	OXIGÊNIO 1 2 3					<u>1. Macauna Ponto 12g</u> <u>2. macauna 80g</u>
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 200 100					<u>3. Celoxolun 2g</u> <u>4. Filtal 20g</u> <u>5. Dpma 2g</u> <u>6. Ondansetron 4g</u> <u>7. Macauna 80g</u>
TEMPERATURA T	C°					SEQUÊNCIA <u>1. Anestesia Ag 26g</u> <u>2. Jureta E3-14</u> <u>3. Jureta med</u> <u>4. Jureta med</u> <u>5. Jureta med</u> <u>6. Jureta med</u> <u>7. Jureta med</u> <u>8. Jureta med</u> <u>9. Jureta med</u> <u>10. Jureta med</u> <u>11. Jureta med</u> <u>12. Jureta med</u> <u>13. Jureta med</u> <u>14. Jureta med</u> <u>15. Jureta med</u>
P. ARTERIAL V O PULSO	38					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS		<u>KO</u> <u>Ox</u>				DURAÇÃO <u>50 min</u>
TÉCNICAS <u>Anestesia + sedação</u>					INCIDENTE - ACIDENTE CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
OPERAÇÕES <u>Exatoma de fonoaudiologia</u>						
CIRURGIÕES <u>Lao</u>						
ANESTESISTAS						
<u>Felipe Roberto Brito Pinheiro</u> ANESTESIOLOGISTA CRM 01: 0222 <u>Dina Vieira e Silva</u> SAME - HUT Confira com o Original						
PARITICULARIDADES						

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **YLEALDO VIEIRA LEAL** (Prontuário: 510251)
Endereço: QD 79 CS 01 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 26/07/1977 Idade: 42a3m28d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752665
Requisição: 1026773 Solicitação: 20/11/2019 Solicitante: CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS
Controle: 1365769 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 20/11/2019

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no maléolo tibial medial.
- Partes moles sem particularidades.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/11/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICOPaciente: **YLEALDO VIEIRA LEAL** (Prontuário: 510251)

Endereço: QD 79 CS 01 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 26/07/1977 Idade: 42a5m11d

Sexo: Masculino

Origem: INTERNAÇÃO

Atendimento: 252221

Requisição: 1045068

Solicitação: 06/01/2020

Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

Controle: 1404560

Convênio: S U S

CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11

ENFERMARIA 236

LEITO 35

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 06/01/2020

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em
pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no maléolo lateral fixada com placa e parafusos metálicos.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 06/01/2020

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

INSTITUTO AERONAUTICO

BRASIL

EXPOSICAO

1950

1950

1950

1950

1950

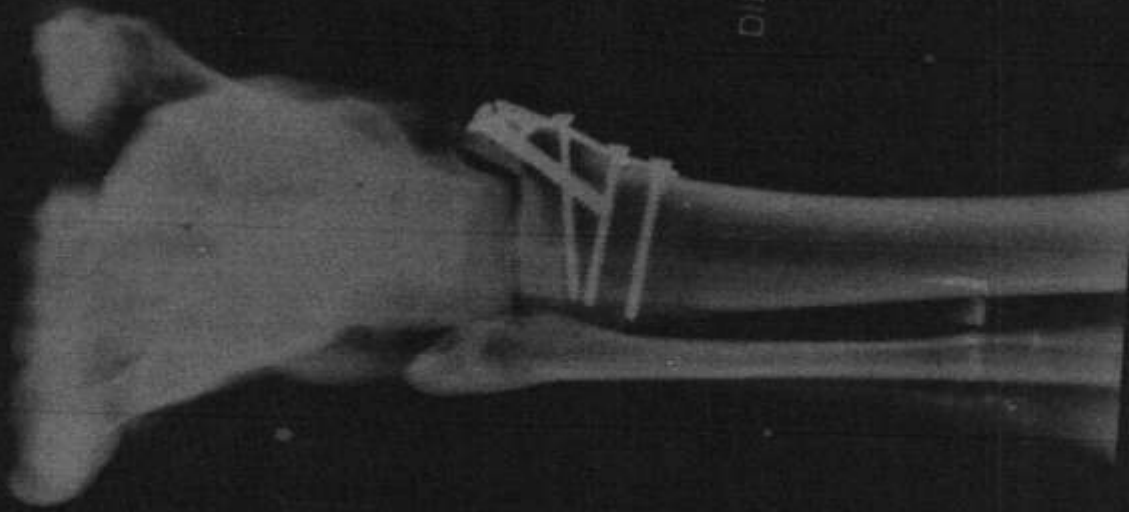
1950

EXPOSICAO DE AERONAUTICA
HOSPITAL DE AERONAUTICA

EXPOSICAO DE AERONAUTICA
HOSPITAL DE AERONAUTICA

EXPOSICAO DE AERONAUTICA
HOSPITAL DE AERONAUTICA

EXPOSICAO DE AERONAUTICA
HOSPITAL DE AERONAUTICA



DIREITO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.582.926 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/12/17

NOME YLEALDO VIEIRA LEAL

FILIAÇÃO MARIA JOSÉ VIEIRA DA SILVA LEAL
FRANCISCO JOSÉ LEAL FILHO

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 26/07/1977

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 24129 L 73 F 119
EXP TERESINA-PI 26/08/10

CPF 618.973.533-91

1147411

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 69.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Ylealdo Vieira Leal.
1147411

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.582.926 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/12/17

NOME YLEALDO VIEIRA LEAL

FILIAÇÃO MARIA JOSÉ VIEIRA DA SILVA LEAL
FRANCISCO JOSÉ LEAL FILHO

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 26/07/1977

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 24129 L 73 F 119
EXP TERESINA-PI 26/08/10

CPF 618.973.533-91

1147411

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 69.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Ylealdo Vieira Leal.
1147411

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0064571/20

Vítima: YLEALDO VIEIRA LEAL

CPF: 618.973.533-91

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: YLEALDO VIEIRA LEAL

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

YLEALDO VIEIRA LEAL : 618.973.533-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/02/2020
Nome: YLEALDO VIEIRA LEAL
CPF: 618.973.533-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

YLEALDO VIEIRA LEAL

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200267083 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: YLEALDO VIEIRA LEAL **Data do acidente:** 20/11/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1,4,5,7,11,12,13,16,17)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: (P1) CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, DATA 23/07/2020

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25