

DENTRON

CONTRON

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 014207465959
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 DOB. RENAVAM 01038207492 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME

MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CPF / CNPJ

07112578337

PLACA

PIE-3961

PLACA ANT / UF

CHASSI

9C2KC1680FR563983

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NEHUMA

COMBUSTÍVEL

ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO

HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB.

2014

ANO MOD.

2015

CAP / POT / CL

002P/0149CC

CATEGORIA

PARTICU

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

1
P
V
A

FAIXA LPVA

PARCELAMENTO / COTAS

1ª IPVA

2ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

SEGURO

IOF (R\$)

PAGO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRICÇÕES

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE ROTEIRO OBRIGATORIO
NÃO VALEDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA

LOCAL

DATA 14/05/2019

ASSINATURA DO REGO LOBO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 014207465959 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2019DATA EMISSÃO
14/05/2019

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

1

07112578337

PIE-3961

RENAVAM

01038207492

MARCA / MODELO

HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB.
2014COT. TARIF.
09

Nº CHASSI

9C2KC1680FR563983

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ 000,00

R\$ 000,00

R\$ 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$ 000,00

IOF (R\$)

R\$ 000,00

TOTAL A PAGAR (R\$)

R\$ 084,58

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

22/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.348.808/0001-04



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190658952**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCUS FERNANDO SILVA MOURA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R CONCHAL, 4312 - URBANO - Teresina - PI - CEP 64017-180

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SS** / **PI**] **3946305**

Data e local do acidente: [**10/08/2019**] **BAIRRO PEIXE DO ADRIANO, TERESINA/PI**

Data e local do exame: [**10/12/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DOS CORPOS VERTEBRAIS DE T7 E T8 LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO DO PUNHO ESQUERDO

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

PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM PUNHO ESQUERDO COM HIPOTROFIA MUSCULAR LOCAL; AUSÊNCIA DE CICATRIZES EM TOPOGRAFIA LOMBAR; ADM DE PUNHO ESQUERDO: EXTENSÃO 25º; FLEXÃO 40º; DESVIO RADIAL 10º; DESVIO ULNAR 10º; DÉFICIT DE FORÇA EM MEMBROS INFERIORES, FORÇA MUSCULAR GRAU 4

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

[☒] Sim [☐] Não

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

PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DE OSSOS DO CARPO MEDIANTE REPARO LIGAMENTAR E FIXAÇÃO COM FIOS METÁLICOS; FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE VÉRTEBRA TORÁCICA; EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO;; DORSALGIA CRÔNICA E DÉFICIT DE FORÇA EM MEMBROS INFERIORES

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

[☒] Sim [☐] Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PUNHO ESQUERDO DÉFICIT DE FORÇA EM MEMBROS INFERIORES

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

PUNHO ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

COLUMNA TORÁCICA

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Adriel Herbert de Castro Leao - CRM: 3888 - PI

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MARCUS FERNANDO SILVA MOURA
 DATA DO ACIDENTE 10-08-2019 CPF DA VÍTIMA 071.125.783-37
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARCUS FERNANDO SILVA MOURA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É MARCUS FERNANDO SILVA MOURA
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. COELHO
 Nº 4312 COMPLEMENTO 1259 BAIRRO VIR BOM
 CIDADE ITRESIMA UF PI CEP 64.000.000
 E-MAIL _____ TELEFONE (86) 98112-3310

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSDO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1264

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 26-11-2019
 IDENTIDADE 3.945.302
 ASSINATURA MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 26-11-2019
 NOME [Assinatura]
 ASSINATURA [Assinatura]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190658952 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS CORPOS VERTEBRAIS DE T7 E T8
LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO DO PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM PUNHO ESQUERDO COM HIPOTROFIA MUSCULAR LOCAL; AUSÊNCIA DE CICATRIZES EM TOPOGRAFIA LOMBAR; ADM DE PUNHO ESQUERDO: EXTENSÃO 25°; FLEXÃO 40°; DESVIO RADIAL 10°; DESVIO ULNAR 10°; DÉFICIT DE FORÇA EM MEMBROS INFERIORES, FORÇA MUSCULAR GRAU 4.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DE OSSOS DO CARPO MEDIANTE REPARO LIGAMENTAR E FIXAÇÃO COM FIOS METÁLICOS; FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE VÉRTEBRA TORÁCICA; EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO; DORSALGIA CRÔNICA E DÉFICIT DE FORÇA EM MEMBROS INFERIORES.

Sequelas permanentes: Limitação funcional de ambos os membros inferiores em grau residual, Limitação funcional do punho esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual dos membros inferiores devido ao déficit de força muscular.
Indenização em grau médio do punho E devido a limitação da mobilidade articular.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de ambos os membros inferiores | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| | | Total | 22,5 % | R\$ 3.037,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190658952 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS CORPOS VERTEBRAIS DE T7 E T8
LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO DO PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM PUNHO ESQUERDO COM HIPOTROFIA MUSCULAR LOCAL; AUSÊNCIA DE CICATRIZES EM TOPOGRAFIA LOMBAR; ADM DE PUNHO ESQUERDO: EXTENSÃO 25°; FLEXÃO 40°; DESVIO RADIAL 10°; DESVIO ULNAR 10°; DÉFICIT DE FORÇA EM MEMBROS INFERIORES, FORÇA MUSCULAR GRAU 4.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DE OSSOS DO CARPO MEDIANTE REPARO LIGAMENTAR E FIXAÇÃO COM FIOS METÁLICOS; FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE VÉRTEBRA TORÁCICA; EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO; DORSALGIA CRÔNICA E DÉFICIT DE FORÇA EM MEMBROS INFERIORES.

Sequelas permanentes: Limitação funcional de ambos os membros inferiores em grau residual, Limitação funcional do punho esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual dos membros inferiores devido ao déficit de força muscular.
Indenização em grau médio do punho E devido a limitação da mobilidade articular.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de ambos os membros inferiores | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 22,5 % | R\$ 3.037,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190658952 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE COLUNA VERTEBRAL T7 E T8 (PAG.01.15.16)
FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/FIXAÇÃO) (PAG.08)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral | 25 % | Em grau residual - 10 % | 2,5% | R\$ 337,50 |
| Total | | | 15 % | R\$ 2.025,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190658952 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE COLUNA VERTEBRAL T7 E T8 (PAG.01.15.16)
FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/FIXAÇÃO) (PAG.08)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral | 25 % | Em grau residual - 10 % | 2,5% | R\$ 337,50 |
| Total | | | 15 % | R\$ 2.025,00 |

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417032/19

Vítima: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

CPF: 071.125.783-37

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCUS FERNANDO SILVA MOURA : 071.125.783-37

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: 26/11/2019
Nome: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA
CPF: 071.125.783-37

MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658952

Vítima: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658952

Vítima: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658952

Vítima: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

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\$ 3.037,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de ambos os membros inferiores 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 104

Agência: 000001987

Conta: 00000114918-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 071-125-783-37 3 - CPF da vítima: 071-125-783-37 4 - Nome completo da vítima: MARCOS FERNANDO SILVA MOURA

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

5 - Nome completo: MARCOS FERNANDO SILVA MOURA 6 - CPF: 071-125-783-37
7 - Profissão: REVENHO 8 - Endereço: R. CONCHAL 9 - Número: 43/2 10 - Complemento: 6059
11 - Bairro: URBANO 12 - Cidade: TUPACATIARA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85.98112-3310

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 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: ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ 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)
AGÊNCIA: 1987 CONTA: 100114918 2 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 26/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



5067 2252 2779 0278

MARCUS FERNANDO S MOURA
1987 013 00114918-2

05/24

elo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 231803.000049/2019-58

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

Resp. pelo Registro: Francisco Marques De Sousa Medeiros

Data/Hora: 29/08/2019 - 09:11

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE FRANCINÓPOLIS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FRANCINÓPOLIS

Endereço

LADEIRA DO PEIXE, FRANCINÓPOLIS PIAUÍ, Nº:

Complemento

BAIRRO PEIXE DO ADRIANO

Data/Hora

10/08/2019 - 00:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

RG: 3946305 PI

Mãe: GERLANDIA MARIA DE SOUSA SILVA

Pai: GENIVAL MARTINS DE MOURA

Endereço: RUA CANCHAL, Nº 4312

Bairro: ESPLANADA

Cidade: TERESINA - CEP: 64000-000

Telefone(s): 83-9974-6940


NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

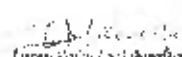
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE ACIMA QUALIFICADO COMPARECEU A ESTA DP PARA NOTICIAR QUE NO DIA 10 DE AGOSTO POR VOLTA DAS 00:00HS DESLOCAVA-SE EM SUA MOTO HONDA CG 150 FAN PLACA-PIE-3961-PI-TERESINA, NO BAIRRO PEIXE DO ADRIANO, PRÓXIMO AO AQUED., NO MUNICÍPIO DE FRANCINÓPOLIS-PI. OCASIÃO EM QUE CHOCOU-SE COM UM ANIMAL(JUMENTO) NA PISTA, VINDO A CAIR E FICAR DESACORDADO, ONDE FOI SOCORRIDO E LEVADO AO HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA NAQUELE MUNICÍPIO E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO AO HUT(HOSPITAL DE URGENCIAS DE TERESINA)..


Rodrigo Ulisses Pereira - Mat.
AGENTE DE POL.


MARCUS FERNANDO SILVA MOURA - Notificante
Responsável pela Informação


Lucy Siqueira Costa Pereira
Deleg. Geral de Pol. Civil
M. 11.17.3527

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 071-125-783-37 3 - CPF da vítima: 071-125-783-37 4 - Nome completo da vítima: MARCOS FERNANDO SILVA MOURA

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

5 - Nome completo: MARCOS FERNANDO SILVA MOURA 6 - CPF: 071-125-783-37
7 - Profissão: REUVO 8 - Endereço: R. CONCHAL 9 - Número: 43/2 10 - Complemento: 6059
11 - Bairro: URBANO 12 - Cidade: TUPACATIARA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85.98112-3310

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: ☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ 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)
AGÊNCIA: 1987 CONTA: 100114918 2 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, 26/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



5067 2252 2779 0278

MARCUS FERNANDO S MOURA
1987 013 00114918-2

05/24

elo

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: 23/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000114918-2

Nr. da Autenticação E766BF6643AA8B2D

Data: 24/09/2019
Nome do Paciente: **MARCUS FERNANDO SILVA MOURA**
Médico Solicitante: **AGNELO SAMPAIO C B MEDEIROS**
Exame: **RM COLUNA TORACICA**



Código
247245

TÉCNICA DE EXAME: exame realizado com cortes axiais, sagitais e coronais ponderados em T1 e T2 sem o uso endovenoso de gadolínio.

INTERPRETAÇÃO:

Acentuação da cifose dorsal.

Fratura dos corpos vertebrais de T7 e T8, com acunhamento anterior e redução da altura vertebral estimada em 30%, sem retropulsão relevante do muro posterior. Nota-se também edema da medular óssea no corpo vertebral e respectivos elementos posteriores, bem como espessamento e alteração de sinal do espaço epidural posterior em T7-T8, podendo representar edema no espaço epidural.

Demais corpos vertebrais com altura e alinhamento posterior preservados.

Redução do espaço discal de T7-T8.

Não há evidência de protrusão ou extrusão discal focal ou difusa no segmento dorsal da coluna.

Não há sinais de estenose do canal vertebral.

Os forames intervertebrais possuem amplitude conservada.

Medula torácica de espessura e intensidade de sinal normais.

Articulações interfacetárias sem alterações evidentes.

Musculatura paravertebral de aspecto simétrico.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Acentuação da cifose dorsal.

Fratura aguda dos corpos vertebrais de T7 e T8, com acunhamento anterior.

ALEXANDRE VITOR TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO
CRM: PI 3678

GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA (HENM)
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA (HENM)

Avenida Benício Alves de Silve, 877 Centro
Fone/Fax: (86) 3285-1133 Cep.: 64.025-000 - Elesbão Veloso-PI
CNPJ: 04.553.554/0001-90 E-MAIL: hospitalno@benincurs@henm.pi.gov.br

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO SOCORRO

| | | | |
|--|-----|------------------------|----|
| NOME DO PACIENTE: | | IDADE | |
| ENDEREÇO: | | CIDADE | UF |
| CPF: | RG: | | |
| NOME DO PAI: | | | |
| NOME DA MÃE: | | | |
| DADOS CLÍNICOS | | | |
| <p>Paciente vítima de acidente motociclístico (SIC) com trauma contuso em região frontal do crânio com fratura no local externo e há também sinal de guaxinim a esquerda. Há também prisma fechada de radio distal esquerdo com luxação.</p> | | | |
| DIAGNÓSTICO | | | |
| <p>1- Acidente motociclístico 2- Fratura de base de crânio 3- Fratura de radio distal esquerdo com luxação</p> | | | |
| DATA | | ASS. CARIMBO DO MÉDICO | |

CONFERE COM O ORIGINAL

Notícia Maria de Jesus Rocha
26/08/2015



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Marcos Fernando Silva M. e
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 519302

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 7218 5400
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 01.522.913/0022-01

NEURO - OK
ORTOPEDIA - CC
CIR. GERAL - OK
OUTROS - OK

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

| | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Nome: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA | | Prontuário: 519302 | |
| Mãe: GERLANDIA MARIA DE SOUSA SILVA | Pai: GENIVAL MARTINS DE MOURA | | |
| End. Resid.: AV ANTONIO BEZERRA 511 - CENTRO - FRANCINOPOLIS - PI - CEP: 64520-000 | | | |
| Nascimento: 15/12/1996 | Idade: 22a7m26d | Sexo: Masculino | Fone: 89-99979-7192 |
| Responsável: GENIVAL MARTINS | CNS: 700502318965056 | | |
| Profissão: AUTONOMO | Documento: CPF: 071.125.783-37 | | |
| G. Instrução: Médio Completo | E. Civil: Solteiro(a) | | |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| Código: 735341 | Entrada: 10/08/2019 05:25:17 | Convênio: S U S | Proced: 0301060029 |
| Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) | | | |
| Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR | | | |

OS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

| | | |
|--|--|---|
| Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR | Classificação: Mecanismo do trauma significativo | Cor: Laranja |
| Breve História Clas. Risco: paciente encaminhado de eletrodo veloso com historia de acidente motociclistico, evoluindo com hematoma periorbital esquerdo + dor na região dorsal + dor e mobilidade prejudicada de antebraço esquerdo. Nega perda de consciencia ou vômitos. ECG = 15. Nega alergia medicamentosa. | | ROMAN BEZERRA HOLANDA COREN 201644 PI Em: 10/08/2019 05:42:15 |

| | | | | | |
|----------------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|-------------------|----------------------|
| SSVV: (Hora: 09:59) | Peso: 0,00 Kg | Altura: 0,00 M | IMC: 0,00 Kg/m2 | Pulso: bpm | Pressão: mmHg |
|----------------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|-------------------|----------------------|

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
Paciente vítima de acidente motociclistico há 10 horas, transferido de Eletrodo veloso. Refere uso de bebida alcoólica e uso de capacete mas esse foi sacado no momento do acidente. Nega emese, otorragia e rinorragia. Vias aéreas pervias, fonação preservada. AP: MV+ANT, SRA, expansibilidade preservada, sem dor ao movimento respiratório. AC: BNF, RR2T, SS. Abd plano, flácido, depressível, indolor à palpação. Pelve estável, indolor à mobilização. Extremidades normoperfundidas. ECG: 15. Pupilas isocóricas, fotorreagentes. Escoriações em face, hematoma periorbital esquerdo.

| | |
|---|--|
| SSVV: satO2 96% FC 100 bpm | DIAGNÓSTICO: LESÃO DE ELETRÓDO VELOSO |
| EXAME FÍSICO: crânio + Dorso + Lombo | |
| Diagnóstico de Lesão de Eletrodo Veloso | CID: 80.08.19 |

Exames Complementares:
(1280840) - TORAX PA
(1280841) - COLUMNA CERVICAL
(1280842) - PELVE

| | |
|---------------------------|--|
| Prescrição Médica: | RAIO-X REALIZADO |
| | DATA: 10/08/19 HORA: 05:59 |
| | TÉCNICO: Filipe Augusto Costa |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Motivo da Alta/Encerramento: | DATA: 10/08/19 HORA: 05:59 |
| Observação (Adulto): | |

Assinatura Paciente ou Responsável

MARIA DALLARA BARROSO E SILVA
CRM: 6815 - PI Em: 10/08/2019 05:47:25

* Ortopedia - 10/08/19

- Paciente referiu acidente com trauma de cabeça/face, dor a toque e

Ao exame: dor no tórax/gabito com dor posterior, dor, edema e hematomas
hemorroidal de cabeça e

Rx: Fratura de artulação do nádo e luxação de fêmur proximal do
membro.

Ch: Encaixar as partes anexas para procedimentos de urgência,

Após liberação das demais especialidades.

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologista Ortopédico
CRM-PI 4792 TEOT 12501

20/08/19

* NUR *
m. polímeros

Acidente automobilístico com
desmoronamento de parte da estrutura
BCLB. 15.

paciente com: fraturas NUR
em fl. TC coluna C-T-6

Dr. Thiago C. Guimarães
NEUROCIRURGIÃO
CRM-PI 40810/2014 MA 888

TC coluna C-T-L: fraturas de L4/L5

101087
Oftalmologia: fratura de olho esquerdo
Col. - com fratura de base do crânio
Dr. E. Guimarães
CRM-PI 40810/2014 MA 888



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 30, 08, 19

| | | | |
|-------------------|-----------------------|----------------|-----------|
| NOME DO PACIENTE: | marcus fernando Silva | ABONTUÁRIO Nº: | 519302 |
| DIAGNÓSTICO: | Parâmetro de pulso | CIRURGIA: | Ampliação |
| ANESTESIA: | Cefepim | Nº DA SALA: | 02 |
| CIRURGIÃO: | Chagas | CPF Nº: | |
| AUXILIAR: | | CPF Nº: | |
| ANESTESIA: | Pré-anestesia | CPF Nº: | |
| INSTRUMENTADORA: | Silene | CPF Nº: | |

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|----------------------|---------|--------|-------|
| AGULHA 25X8 | UNID. | 02 | | LÂMINA DE BISTURI | UNID. | | |
| AGULHA 30X8 | UNID. | | | LUVA Nº 75 | PAR | 02 | |
| AGULHA 40X12 | UNID. | 01 | | LUVA Nº 70 | PAR | 02 | |
| AGULHA RAQUE | UNID. | | | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR | 30 | |
| ALCOOL 70% | ML | 300 | | PVPI DE GERMANTE | ML | 300 | |
| ALGODÃO | BOLA | | | PVPI TÓPICO | ML | 150 | |
| ÁGUA OXIGENADA | ML | | | PVPI TINTURA | ML | | |
| COMPRESSA | PAC. | 02 | | SERINGA 20CC | UNID. | 02 | |
| EQUIPO MACRO- GOTA | UNID. | 01 | | SERINGA 10CC | UNID. | 02 | |
| ESPARADRAPO | CM | 20 | | SERINGA 5CC | UNID. | | |
| ESCALPE Nº | UNID. | | | SERINGA 3CC | UNID. | | |
| FORMOL | ML | | | SORO FISIOLÓGICO | FRASCO | 02 | |
| GASES | PAC. | 04 | | SONDA URETRAL | UNID. | | |
| JELCO Nº | UNID. | | | crepom | | 02 | |
| FIOS | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCCORRÊNCIA | | | |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG | | | | | | | |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. | | | | | | | |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG | | | | | | | |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG | | | | | | | |
| ALCOFIL | | | | | | | |
| MONONYLON | | | | | | | |
| FITA UMBILICAL | | | | ENFERMARIA: | | | |
| VICRYL | | | | CIRCULANTE: | Laquiel | | |
| PROLENE | | | | | | | |



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

245180

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

6 - Prontuário: 519302

7-CNS: 700502318965056

8-Nascimento: 15/12/1996

9-Sexo: Masculino

CPF: 071.125.793-37

11-Mãe: GERLANDIA MARIA DE SOUSA SILVA

12-Fone: 89-99979-7192

Resp: GENIVAL MARTINS

14-Cor: Parda

15-Endereço: AV ANTONIO BEZERRA 511 - CENTRO - CEP: 64520-000

17-Cod. IBGE: 220400

18-UF: PI

19-CEP: 64520-000

16-Munic: FRANCINÓPOLIS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Trauma - punho E, aparentemente prático
luxação ossos do carpo
Nervos vasculares OK

21 - Condições que justificam a internação:

Ar ossos

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

RX

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura do osso navicular [escafoide] da mão

24-CID Prim:

S620

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod. Proced.:

040B020466

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

Tempo SUS
2

29-Clinica:

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

02

01

CPF

762.451.793-00

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS

34-Data Solicitação:

14/08/2019

Dr. Cláudio Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 9337-
SBOT 12681
35-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)

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:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ANTONIO BURIVAN)
Consulta Local: 735341
Consulta SUS:
Impressão: 14/08/2019 18:55:03

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente *Marcos Fernando Silva Moura*

Diagnóstico pré-operatório *Luxação ovul do Lado LF*

Operação - Tipo *Redução de Luxação*

Cirurgião *Dr. Claudio Nogueira* 1º Assistente

2º Assistente *Dr. Claudio Nogueira* 3º Assistente

Instrumentador(a) *Anestesiologista* Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *14/08/19* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Pif na DTH sob anestesia
- ② Anestesia + Antissepsia + Lâmpas Anteriores
- ③ Visão de acur da art em posição LF
- ④ Redução de Luxação por manobra de
luxação com 3 FK 1,5--
- ⑤ Sutura + Curativos

Dr. Claudio Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 3321 CRM-MA 9337
SBOT 12681

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

| | |
|-------------------------|-----------------------------------|
| Mudança de Procedimento | Órtese e prótese - OPME |
| Diária de UTI | Fatores de Coagulação |
| Diárias de Acompanhante | Gasoterapia |
| Hemoderivados | Nutrição Parenteral / Enteral |
| Diálise / Hemodiálise | Procedimento fora da faixa etária |
| Albumina Humana 20% | |

HOSPITAL: HUT CNPJ: _____
 PACIENTE: Marcos Fernando Silva Moura Nº AIH: _____
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Claudio CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

*Luxação ovul do corpo
 penetrado em 3 FK 1,5 -*

Dr. Claudio Nogueira
 Otorrinolaringologista
 CRM-PA 32119-PA-0337
 RGO 12091

DATA: 14/08/12

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA:

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 14/08/19

NOME DO PACIENTE: Marcos Fernando PRONTUÁRIO Nº: 579302

DIAGNÓSTICO: Luxação crônica do tornozelo CIRURGIA: Ortognatoses

ANESTESIA: Dr. Eduardo Nº DA SALA: 02

CIRURGIÃO: Dr. Cláudio Nogueira CPF Nº: _____

AUXILIAR: _____ CPF Nº: _____

ANESTESIA: KPB CPF Nº: _____

INSTRUMENTADORA: Jeniffer CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|----------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8 | UNID. | 02 | | LÂMINA DE BISTURI m-15 | UNID. | 01 | |
| AGULHA 30X8 | UNID. | 02 | | LUVA Nº 7,5 7.0 | PAR | 02 | |
| AGULHA 40X12 | UNID. | 02 | | LUVA Nº 6,0 | PAR | 02 | |
| AGULHA RAQUE | UNID. | - | | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR | 06 | |
| ALCOOL 70% | ML | 100 | | PVPI DE GERMANTE | ML | 200 | |
| ALGODÃO | BOLA | 02 | | PVPI TÓPICO | ML | 200 | |
| ÁGUA OXIGENADA | ML | | | PVPI TINTURA | ML | | |
| COMPRESSA | PAC. | 03 | | SERINGA 20CC | UNID. | 02 | |
| EQUIPO MACRO- GOTA | UNID. | 01 | | SERINGA 10CC | UNID. | 02 | |
| ESPARADRAPO | CM | 50 | | SERINGA 5CC | UNID. | 02 | |
| ESCALPE Nº | UNID. | | | SERINGA 3CC | UNID. | | |
| FORMOL | ML | | | SORO FISIOLÓGICO | FRASCO | 04 | |
| GASES | PAC. | 06 | | SONDA URETRAL | UNID. | | |
| JELCO Nº 20 | UNID. | 01 | | Máquina crepom | un | 02 | |
| FIOS | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA | un | 05 | |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG | | | | Eletrólitos | un | 03 | |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. | | | | Concitos | | | |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG | | | | | | | |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG | | | | | | | |
| ALCOFIL | | | | | | | |
| MONONYLON 2,0, 3,0 | un | 02 | | | | | |
| FITA UMBILICAL | | | | ENFERMARIA: | | | |
| VICRYL | | | | CIRCULANTE: <u>me Kuba</u> | | | |
| PROLENE | | | | | | | |



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Manoel Fernando Silva Moura

Sala:

Alergia:

Data:

Procedimento: Ortomaxia de corpoCirurgião: Claudio

Observações:

| Agentes | Unid. | 15 | 30 | 45 | 1h | 1h30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 |
|-----------------------|--------------|----|----|----|----|------|----|----|----|----|----|----|----|
| 1. <u>Bupr 0.545%</u> | <u>15 ml</u> | | | | | | | | | | | | |
| 2. <u>Adrenal 1%</u> | <u>5 ml</u> | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | |
| 4. <u>Lidocaina</u> | <u>2g</u> | | | | | | | | | | | | |
| 5. <u>Bupivac</u> | | | | | | | | | | | | | |
| 6. <u>Ortomax</u> | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | | | | | |
| 8. <u>Midazolam</u> | | | | | | | | | | | | | |
| 9. <u>Chlorhex</u> | | | | | | | | | | | | | |
| 10. <u>Propofol</u> | | | | | | | | | | | | | |
| 11. <u>Fentanyl</u> | | | | | | | | | | | | | |
| 12. | | | | | | | | | | | | | |
| 13. | | | | | | | | | | | | | |
| Oxigênio | <u>3L</u> | | | | | | | | | | | | |
| ARN20 | | | | | | | | | | | | | |
| Volatil | | | | | | | | | | | | | |

Acesso Vascular

- ☒ Periférico IVC
- Cat. Venoso nº 6
- ☐ Dificuldade aces. venoso
- Gastos cateteres
- ☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
- ☐ IOT nº 6
- ☐ LMA nº 6

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
- ☒ PANI
- ☒ Oxímetro de pulso
- ☐ ETCO2
- ☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
- ☐ Geral Balanceada
- ☐ Raqui-anestesia
- ☐ Peridural
- ☒ Bloqueio Periférico
- ☒ Outros Solano

Decúbito: DRH

| | |
|-------------------|----------------------------|
| SPO2 (%) | <u>100 100 100 100 100</u> |
| ETCO2 (mmHg) | |
| Aces. Venoso | <u>500</u> |
| Aces. Venoso | <u>500</u> |
| Diurese | |
| Perdas Sanguíneas | |

Descrição da Anestesia:

Bloqueio do plexo Braquial via oxlor com fentanil e ropivac
usando um VE e estudo de onda
Solano

Dr. Manoel Ramos
Anestesiologista
CRM - PI 4393
Anestesiologista



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

244896

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

6 - Prontuário: 519302

7-CNS: 700502318965056

8-Nascimento: 15/12/1996

9-Sexo: Masculino

CPF: 071.125.783-37

11-Mãe: GERLANDIA MARIA DE SOUSA SILVA

12-Fone: 89-99979-7192

13-Resp: GENIVAL MARTINS

14-Cor: Parda

15-Endereço: AV ANTONIO BEZERRA 511 - CENTRO - CEP: 64520-000

17-Cod. IBGE: 220400

18-UF: PI

19-CEP: 64520-000

16-Munic: FRANCINÓPOLIS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Prim:

S525

25-CID Sec.:

26-CID C.A.S.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408020407

27-Procedimento Solicitado:

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

29-Clinica:

30-Caráter:

02

01

CPF

877.154.063-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

34-Data Solicitação:

10/08/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-Nº.Bilhete:

43-CNAE Empresa:

41-Série:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ANTONIO EURIVAN)

Consulta Local: 735341

Consulta SUS:

Impresso: 10/08/2019 14:52:26



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Marcelo Fernando Silva Moura

Diagnóstico pré-operatório

Lesão de pele

Operação - Tipo

Exatidão de sutura

Cirurgião

Chaparro

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Silveira

Anestesiologista

Cape

Anestesia

bloqueio

Anestésico(a)

Data da Operação

30.08.19

Início

14:30

Fim

15:00

Diagnóstico Pós-operatório

sem queixas

Relatório Imediato do Patologista

Recebido por exames de MTD

Acidente Durante a Operação

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

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

| | |
|----------------|--|
| Nº DE REGISTRO | |
|----------------|--|

| FOLHA DE ANESTESIA | | | | | | UNIDADE DE SAÚDE | | Nº DE REGISTRO |
|-------------------------------|---|--------------|----------------|--------------|-------------------|------------------------------------|----------------------|----------------|
| NOME DO PACIENTE | | | | | | | | |
| DATA: | P. ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA | | |
| EXAMES DE SANGUE | GR. SANGÜÍNEO | HEMATIMETRIA | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS | GLICEMIA | DOS. URÉIA | | |
| EXAMES DE URINA | | | | | | | | |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA | | | | | ELETROCARDIOGRAMA | | | |
| SISTEMA CIRCULATORIO | | | | | ASMA | | BRONQUITE | |
| SISTEMA RESPIRATORIO | | | | | SISTEMA URINÁRIO | | | |
| SISTEMA DIGESTIVO | | | | | CORTICOIDES | ATARAXICOS | OUTROS | |
| ESTADO MENTAL | | | | | FISICOS | | | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO | | | | | APLICADO AS | | EFEITOS | |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) | | | | | TOTAL DE DOSES | | | |
| AGENTES ANESTÉSICOS | OXIGÊNIO 150 to 2 | | | | | | | |
| LÍQUIDOS | SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100 | | | | | | | |
| TEMPERATURA T | C° | 260 | | | | | | |
| P. ARTERIAL V O PULSO | 38 | 240 | | | | | | |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X | | 2 | | | | | | |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO | | 200 | | | | | | |
| RESPIRAÇÃO O | | 180 | | | | | | |
| | | 160 | | | | | | |
| | | 140 | | | | | | |
| | | 120 | | | | | | |
| | | 100 | | | | | | |
| | | 80 | | | | | | |
| | | 60 | | | | | | |
| | | 40 | | | | | | |
| | | 20 | | | | | | |
| | | 10 | | | | | | |
| SÍMBOLOS | | | | | | | | |
| TÉCNICAS | Incisão regional. | | | | | | INCIDENTE - ACIDENTE | |
| OPERAÇÕES | | | | | | | | |
| CIRURGIÕES | | | | | | | | |
| ANESTESISTAS | José Ramonado Leite R. Filho Medico CRM-PB 4920 | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| PARITICULARIDADES | | | | | | CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS | | |

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-07

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCUS FERNANDO SILVA MOURA** (Prontuário: 519302)
 Endereço: AV ANTONIO BEZERRA 511 - CENTRO - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000
 Nascimento: 15/12/1996 Idade: 22a7m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 735341
 Requisição: 986092 Solicitação: 10/08/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
 Controle: 1280880 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 10/08/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL BIPARIETAL E BIFRONTAL COM ENFISEMA ASSOCIADO.
- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

OBS:

- EDEMA/HEMATOMA PERIORBITÁRIO À ESQUERDA.
- MATERIAL MUCÓIDE MAXILAR À DIREITA.

(RENAN

TERESINA - PI 10/08/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.863-15 2443 CRM

Profissional Responsável

**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: **MARCUS FERNANDO SILVA MOURA** (Prontuário: **519302**)
Endereço: **AV ANTONIO BEZERRA 511 - CENTRO - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000**
Nascimento: **15/12/1996** Idade: **22a7m28d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **735341**
Requisição: **986128** Solicitação: **10/08/2019** Solicitante: **THIAGO CARDOSO GUIMARÃES**
Controle: **1280967** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 10/08/2019

T.C. DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL NORMAL.

(RENAN

TERESINA - PI 10/08/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.863-15 2443 CRM

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/9022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCUS FERNANDO SILVA MOURA** (Prontuário: 519302)
Endereço: AV ANTONIO BEZERRA 511 - CENTRO - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000
Nascimento: 15/12/1996 Idade: 22a7m28d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 735341
Requisição: 986130 Solicitação: 10/08/2019 Solicitante: THIAGO CARDOSO GUIMARÃES
Controle: 1280975 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208010036

Data Exame: 10/08/2019

T.C. DE COLUNA TORACICA

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

- FRATURA COMPRESSIVA DOS CORPOS VERTEBRAIS DE T7 E T8.
- FRATURA DOS PROCESSOS ESPINHOSOS DE T6 E T7 E NAS LAMINAS DE T7 E A ESQUERDA EM T8.
- FRATURA DO PROCESSO TRANSVERSO DIREITO DE T6 E T7 E À ESQUERDA EM T8.
- PEQUENO HEMOTORAX BILATERAL.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 12/08/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCUS FERNANDO SILVA MOURA** (Prontuário: 519302)
Endereço: AV ANTONIO BEZERRA 511 - CENTRO - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000
Nascimento: 15/12/1996 Idade: 22a7m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 735341
Requisição: 986131 Solicitação: 10/08/2019 Solicitante: THIAGO CARDOSO GUIMARÃES
Controle: 1280977 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010028

Data Exame: 10/08/2019

T.C. DE COLUNA LOMBAR

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS, LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES NORMAIS.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE PROTRUSÕES DISCAIS SIGNIFICATIVAS NOS NÍVEIS ESTUDADOS, SEJA DIFUSA OU LOCALIZADA.

OBS:

- ATITUDE ESCOLIOTICA LOMBAR DE CONVEXIDADE ESQUERDA.

(RENAN

TERESINA - PI 10/08/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 3.946.305 DATA DE
Emissão 29/10/13

NOME
MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

filiação
GERLANDIA MARIA DE SOUSA SILVA
GENIVAL MARTINS DE MOURA

NATURALIDADE
FRANCINÓPOLIS-PI DATA DE NASCIMENTO
15/12/1996

POC. ORDEM
CERT. NASC. 8037 L AII F 85V
EXP FRANCINÓPOLIS PI 31/03/97

TERCEIRA - PI
071.125.783-37

LEI Nº 7.118 DE 2008S - DECRETO Nº 88.200/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

6551210

Francisco de Silva Moura

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
071.125.783-37

Nome
MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

Nascimento
15/12/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO