

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PI  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

|     |              |           |           |
|-----|--------------|-----------|-----------|
| VIA | CÓD. RENAVAM | R.N. TRC. | EXERCÍCIO |
| 1   | 01038207492  |           | 2019      |

NOME

MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

XXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXX

|             |          |
|-------------|----------|
| CPF / CNPJ  | PLACA    |
| 07112578337 | PIE-3961 |

PLACA ANT / UF

CHASSI

9C2KC1680FR563983

ESPECIE TIPO  
PAS/MOTOCICLE/NENHUMA

COMBUSTÍVEL  
ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO  
HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB.  
2014

ANO NDO.  
2015

CAP / POT / CIL.  
002P/014900

CATEGORIA  
PARTICU

COR PREDOMINANTE  
PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

**I  
P  
V  
A**

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

1º IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2º PAGO

PARCELAMENTO / COTAS

3º PAGO

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)  
**SEGUR** PAGO

PRÉMIO TOTAL (R\$)  
DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRIÇÕES OBSERVAÇÕES

TERESSINA LOCAL

DATA  
14/05/2019

RESUMO DO RISCO LORAO  
SECTORIAL DO DPVAT - PI

DETRAN

DETRAN

Transcripto

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - 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](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO  
2019 DATA EMISÃO  
14/05/201

|     |             |          |
|-----|-------------|----------|
| VIA | CPF / CNPJ  | PLACA    |
| 1   | 07112578337 | PIE-3961 |

|             |                      |
|-------------|----------------------|
| RENAVAM     | MARCA / MODELO       |
| 01038207492 | HONDA/CG150 FAN ESDI |

|          |        |                   |
|----------|--------|-------------------|
| ANO FAB. | NOV/14 | Nº CHASSI         |
| 2014     | 09     | 9C2KC1680FR563983 |

PRÉMIO TARIFÁRIO

|        |        |        |
|--------|--------|--------|
| 000,00 | 000,00 | 000,00 |
|--------|--------|--------|

|        |        |        |
|--------|--------|--------|
| 000,00 | 000,00 | 000,00 |
|--------|--------|--------|

|        |        |        |
|--------|--------|--------|
| 000,00 | 000,00 | 000,00 |
|--------|--------|--------|

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) CUSTO DO BILHETE (R\$)

|        |        |        |
|--------|--------|--------|
| 000,00 | 000,00 | 000,00 |
|--------|--------|--------|

|        |        |        |
|--------|--------|--------|
| 000,00 | 000,00 | 000,00 |
|--------|--------|--------|

|        |        |        |
|--------|--------|--------|
| 000,00 | 000,00 | 000,00 |
|--------|--------|--------|

|        |        |        |
|--------|--------|--------|
| 000,00 | 000,00 | 000,00 |
|--------|--------|--------|

TOTAL ALTO PREÇO (R\$) CUSTO DO BILHETE (R\$)

|        |        |        |
|--------|--------|--------|
| 000,00 | 000,00 | 000,00 |
|--------|--------|--------|

|        |        |        |
|--------|--------|--------|
| 000,00 | 000,00 | 000,00 |
|--------|--------|--------|

|        |        |        |
|--------|--------|--------|
| 000,00 | 000,00 | 000,00 |
|--------|--------|--------|

|        |        |        |
|--------|--------|--------|
| 000,00 | 000,00 | 000,00 |
|--------|--------|--------|

PAGAMENTO DATA DEQUITAÇÃO

|              |           |            |
|--------------|-----------|------------|
| X COTA ÚNICA | PARCELADO | 22/01/2019 |
|--------------|-----------|------------|

PAGAMENTO DATA DEQUITAÇÃO

**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?

[ **X** ] 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)?

[ **X** ] 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  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

**COLUNA TORÁCICA**

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Adriel Herbert de Castro Leao - CRM: 3888 - PI

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Marlus Fábio Henrique Silva Moura  
 DATA DO ACIDENTE 10-08-2019 CPF DA VÍTIMA 071.125.783-37  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Marlus Fábio Henrique Silva Moura  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM  
 A VÍTIMA É Marlus Fábio Henrique Silva Moura  
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Conchal  
 Nº 4312 COMPLEMENTO Conchal BAIRRO VR Bairu  
 CIDADE Feira de Santana UF PI CEP 64.000-000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELFONE (86) 98112-3312

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- 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)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- 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
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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, TAIIS 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 DECORAÇÂO DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVIES) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVIES) 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, TAIIS 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

- 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 SEGUNDO PRÉVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 832 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 26/11/2019IDENTIDADE 3.945.302ASSINATURA Marlus Fábio Henrique Silva Moura

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 26/11/2019NOME RafaelASSINATURA Rafael

# 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.

**Sequela:** 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          |
| <b>Total</b>  |  |  | <b>22,5 %</b> | <b>R\$ 3.037,50</b>   |

# 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          |
| <b>Total</b>  |  |  | <b>22,5 %</b> | <b>R\$ 3.037,50</b>   |

# 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            |
| <b>Total</b>  |  |  | <b>15 %</b> | <b>R\$ 2.025,00</b>   |

# 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            |
| <b>Total</b>  |  |  | <b>15 %</b> | <b>R\$ 2.025,00</b>   |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417032/19

**Vítima:** MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

**CPF:** 071.125.783-37

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/08/2019

**Titular do CPF:** MARCUS FERNANDO  
SILVA MOURA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

|  |  |   |  |                                |
|--|--|---|--|--------------------------------|
| 1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:   |  | <input type="checkbox"/> DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL:   |  | 3 - CPF da vítima:  | 4 - Nome completo da vítima:                             |                                |
|  |  | 071-125-783-37  | marcus Fernando Silva Moura                              |                                |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012 |  |   |  |                                |
| 5 - Nome completo:   |  | 6 - CPF:  |  |                                |
| marcus Fernando Silva Moura  |  | 071-125-783-37  |  |                                |
| 7 - Profissão:   |  | 8 - Endereço:   | 9 - Número: 10 - Complemento:                            |                                |
| Revisor  |  | R. CONCHAL  | 43/2 casa  |                                |
| 11 - Bairro:   |  | 12 - Cidade:  | 13 - Estado: 14 - CEP:                                   |                                |
| URBANOS  |  | Teresópolis   | RJ 264.000.000   |                                |
| 15 - E-mail:   |  | 16 - Tel. (DDD): 8698712-3310   |  |                                |

## 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:   |                                  |   |
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00<br><input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00                      |                                  |   |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)   |                                  |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):<br><input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |                                  |   |
| AGÊNCIA: 1987  | CONTA: 100114918 2               | AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> |
| (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 (assinalar 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concorrendo, 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:   | <input type="checkbox"/> Solteiro                | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil)   | <input type="checkbox"/> Divorciado  | <input type="checkbox"/> Separado judicialmente                   | <input type="checkbox"/> Viúvo  | 24 - Data do óbito da vítima: |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima:  | 26 - Vítima deixou companheiro(a):               | <input type="checkbox"/> Sim   | <input type="checkbox"/> Não   | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |   |                               |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:                  | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |                               |

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 o rogo/a pedido   | 38 - 1º   Nome: _____<br>CPF: _____ |
|    | 36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido    | Assinatura da testemunha            |
|    | 37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido | 39 - 2º   Nome: _____<br>CPF: _____ |
|    |  | Assinatura da testemunha            |

40 - Local e Data,

Fernandes  
marcus Fernando Silva Moura

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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

Data/Hora

DP DE FRANCINÓPOLIS

10/08/2019 - 00:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

Bairro

FRANCINÓPOLIS

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

LADEIRA DO PEIXE, FRANCINÓPOLIS PIAUÍ, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

BAIRRO PEIXE DO ADRIANO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

Tipo Envolve: VITIMA/Noticiante

RG: 3946395 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 AÇUDE, , NO MUNICÍPIO DE FRANCINÓPOLIS-PI. OCASIÃO EM QUE CHOCOU-SE COM UM ANIMAL(JUMENTO) NA PISTA, VINDO A CAIR E FICAR DESACONDICAO, 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 - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegacia Geral de Polícia Civil  
Delegado: Cel. PM Cel. PM  
M. 2017.351-7

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

|  |  |   |  |                                |
|--|--|---|--|--------------------------------|
| 1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:   |  | <input type="checkbox"/> DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL:   |  | 3 - CPF da vítima:  | 4 - Nome completo da vítima:                             |                                |
|  |  | 071-125-783-37  | marcus Fernando Silva Moura                              |                                |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012 |  |   |  |                                |
| 5 - Nome completo:   |  | 6 - CPF:  |  |                                |
| marcus Fernando Silva Moura  |  | 071-125-783-37  |  |                                |
| 7 - Profissão:   |  | 8 - Endereço:   | 9 - Número: 10 - Complemento:                            |                                |
| Revisor  |  | R. CONCHAL  | 43/2 casa  |                                |
| 11 - Bairro:   |  | 12 - Cidade:  | 13 - Estado: 14 - CEP:                                   |                                |
| URBANOS  |  | Teresópolis   | RJ 264.000.000   |                                |
| 15 - E-mail:   |  | 16 - Tel. (DDD): 8698712-3310   |  |                                |

## 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:   |                                  |   |
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00<br><input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00                      |                                  |   |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)   |                                  |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):<br><input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |                                  |   |
| AGÊNCIA: 1987  | CONTA: 100114918 2               | AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> |
| (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 (assinalar 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concorrendo, 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:   | <input type="checkbox"/> Solteiro                | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil)   | <input type="checkbox"/> Divorciado  | <input type="checkbox"/> Separado judicialmente                   | <input type="checkbox"/> Viúvo  | 24 - Data do óbito da vítima: |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima:  | 26 - Vítima deixou companheiro(a):               | <input type="checkbox"/> Sim   | <input type="checkbox"/> Não   | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |   |                               |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:                  | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |                               |

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 o rogo/a pedido   | 38 - 1º   Nome: _____<br>CPF: _____ |
|    | 36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido    | Assinatura da testemunha            |
|    | 37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido | 39 - 2º   Nome: _____<br>CPF: _____ |
|    |  | Assinatura da testemunha            |

40 - Local e Data,

Fernandes  
marcus Fernando Silva Moura

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# 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



Código  
247245

Nome do Paciente: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

Médico Solicitante: AGNELO SAMPAIO C B MEDEIROS

Exame: RM COLUNA TORACICA

**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



HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA  
ELESBÃO VELOSO - PIAUÍ

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

Avenida Benito Alves da Silva, 677 Centro  
Fone/Fax: (86) 3285-1133 Cep.: 64.325-000 - Elesbão Veloso - PI  
E-mail: henm@bol.com.br / henmvalos@bol.com.br

**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE**

**HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA (HENM)**

Avenida Benito Alves da Silva, 677 Centro  
Fone/Fax: (86) 3285-1133 Cep.: 64.325-000 - Elesbão Veloso - PI  
E-mail: henm@bol.com.br / henmvalos@bol.com.br

**FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**PRONTO SOCORRO**

|   |        |  |
|---|--------|--|
| NOME DO PACIENTE:   |        | IDADE  |
| [Handwritten Name]  |        | [Handwritten Age]  |
| ENDEREÇO:   | CIDADE | UF   |
| CPF:  | RG:    |  |
| NOME DO PAI:  |        |  |
| NOME DA MÃE:  |        |  |
| <b>DADOS CLÍNICOS</b><br>Paciente vítima de acidente motociclístico (SIC)<br>com trauma contuso em região frontal do crânio<br>com raias no local extenso, há também sinal de<br>gavetaria à esquerda. Hafembar fratura fechada<br>de râno dorsal esquerdo com luxação. |        |  |
| <b>DIAGNÓSTICO</b><br>Acidente motociclístico?<br>1-Fratura de base de crânio?<br>2-Fratura de râno dorsal<br>esquerdo com luxação  |        |  |
| DATA  |        |  |

CONFERE COM O ORIGINAL

Natalia Maria de Souza Rodre  
26/08/2015

*alter*



NOME DO PACIENTE: Marcus Fernando Silva Macê

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 579302

**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 URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua pr. Otto Tito 1820, Redenção - Fone: 86 3218 5400  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 01.522.914/0022-00

NEGURO - OK  
ORTOPEDIA - CC  
CIR GERAL - CC  
ORL - CC  
DENTAL - CC

Imp: 10/08/2019 05:47:26  
User: DALLARA BARROSO  
Matação: CONSULTA

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

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

## DADOS DO ATENDIMENTO:

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

## TIPOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|   |  |   |
|---|--|---|
| <u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u><br>TRAUMA MAIOR   | <u>Classificação:</u><br>Mecanismo do trauma significativo | <u>Cor:</u><br>Laranja  |
| Breve História Clas. Risco:<br>paciente encaminhado de elesbão veloso com história de acidente motociclistico, paciente encaminhado de elesbão veloso com história de acidente motociclistico, evoluindo com hematoma periorbital esquerdo + dor na região dorsal + dor e mobilidade prejudicada de antebraço esquerdo. Nega perda de consciencia ou vomitos. ECG = 15. Nega alergia medicamentosa. |  | ROMAI BEZERRA ROLANDA<br>COREM 021664 PI<br>Em: 10/08/2019 05:47:23 |

SSVV: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m<sup>2</sup> P脉: bpm Pressão: mmHg

## Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Paciente vítima de acidente motociclistico há 10 horas, transferido de Elesbão Veloso. Refere uso de bebida alcoólica e uso de capacete mas esse foi sacado no momento do acidente. Nega vômito, otorragia e rinorrágia. vias aéreas pélvias, tonacão preservada. AP: MV+AHT, 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 isocônicas, fotorreativas. Escoriações em face, hematoma periorbital esquerdo.

SSVV: sato2 96% FC 100 bpm

DATA: 10/08/19 HORA: 09:59

DATA: 10/08/19 HORA: 09:59  
Paciente: cns, agt + Dorrol + tambar

Diagnóstico: ?

CID:

## Exames Complementares:

- (1280840) - TORAX PA
- (1280841) - COLUNA CERVICAL
- (1280842) - PELVE

## Prescrição Médica:

RAIO-X REALIZADO  
DATA: 10/08/19 HORA: \_\_\_\_  
TÉCNICO: *Júlio*

*Filipe Adauto Costa*  
Médico  
CRM-PI 7527

## Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto):

DATA: / / HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

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

\* Odontol - 10/09/15

- Ponte de arco com traço de círculo/foradeira a fundo e  
no centro: forra torneado com ponta \*; forra adesiva e densitofor  
fundido a fundo \*

Rx: Fissura da articulação do rádio + luxação da fibula quando do  
acidente.

Chi: Encostar no lado enrigue que provavelmente da origem.

Após LIBERARÃO DAS DENTES ESPACADORES.

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

\* NUR \*

an. poltrona

20/08/15

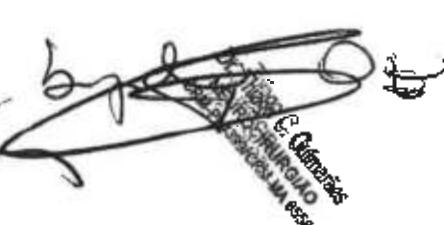
Auditó suprasilíbico com  
desmoro. Reperc. hombro  
B66 f5.

TC cara: f/férias NUR

w. fl. TC coluna C-T-L

  
Dr. Thiago L. Guimaraes  
NEUROCIRURGIAO  
CRM-PI 4309/GRALMA, 8509

TC coluna C-T-L: f/ feridas ou luxações

10/10/15   
Dr. Thiago L. Guimaraes  
NEUROCIRURGIAO  
CRM-PI 4309/GRALMA, 8509  
Rx: Alívio da dor by  
Col. - com medo



## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. N° \_\_\_\_\_

Proc. N° \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

## Fundação Municipal de Saúde

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 30 / 08 / 19

|                   |                          |  |                                |
|-------------------|--------------------------|--|--------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: | Marcus Fernando Siqueira |  | MORAMENTO N°: 519302           |
| DIAGNÓSTICO:      | Enfermeira em parto      |  | CIRURGIA: <i>[Signature]</i>   |
| ANESTESIA:        | Caisse                   |  | Nº DA SALA: <i>[Signature]</i> |
| CIRURGÃO:         | Chaves                   |  | CPF N°: <i>[Signature]</i>     |
| AUXILIAR:         |                          |  | CPF N°: <i>[Signature]</i>     |
| ANESTESIA:        | Braga                    |  | CPF N°: <i>[Signature]</i>     |
| INSTRUMENTADORA:  | Selene                   |  | CPF N°: <i>[Signature]</i>     |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO        | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|----------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 02     |       | LÂMINA DE BISTURI    | UNID.  |        |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. |        |       | LUVA N° 7,5          | PAR    | 02     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 01     |       | LUVA N° 7,0          | PAR    | 02     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. |        |       | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR    | 30     |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 100    |       | PVPI DE GERMANTE     | ML     | 100    |       |
| 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    | 02     |       | SERINGA 5CC          | UNID.  |        |       |
| ESCALPE N°              | UNID. |        |       | SERINGA 3CC          | UNID.  |        |       |
| FORMOL                  | ML    |        |       | SORO FISIOLÓGICO     | FRASCO | 02     |       |
| GASES                   | PAC.  | 04     |       | SONDA URETRAL        | UNID.  |        |       |
| JELCO N°                | UNID. |        |       | <i>Preparo</i>       |        | 02     |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA           |        |        |       |
| 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:          |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       | <i>Lagau</i>         |        |        |       |



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

233062

## 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: <b>MARCUS FERNANDO SILVA MOURA</b>                        | 6 - Prontuário: <b>519302</b>   |                          |                            |
| 7-CNS: <b>700502318965056</b>                                     | 8-Nascimento: <b>15/12/1996</b> | 9-Sexo: <b>Masculino</b> | CPF: <b>071.125.783-37</b> |
| 11-Mae: <b>GIRLANDIA MARIA DE SOUSA SILVA</b>                     | 12-Fone: <b>89-99979-7192</b>   |                          |                            |
| 13-Resp: <b>GENTIVAL MARTINS</b>                                  | 14-Cor: <b>Parda</b>            |                          |                            |
| 15-Ender: <b>AV ANTONIO BEZERRA 511 - CENTRO - CEP: 64520-000</b> | 17-Cod.IBGE: <b>220400</b>      | 18-UF: <b>PI</b>         | 19-CEP: <b>64520-000</b>   |
| 16-Munic: <b>FRANCINOPOLIS</b>                                    |                                 |                          |                            |

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Travamento - punho E, aparente gratu  
Máxios ossos do corpo  
Nervos vasculos OK

21 - Condições que justificam a internação:

Injuries

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

RX

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prin: **5620** 25-CID Sec.: **5620** 26-CID ClAss.: **5620**

Fratura do osso navicular [escófoida] da mão

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod.Proced.: **040B020456** 27-Procedimento Solicitado: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO** Tempo SUS: **2**

29-Clinica: 30-Carater: Ident.: **02** 31-Docum.: **01** 32-Boc. Méd. Solic.: **762.451.793-00**  
34-Data Solicitação: **14/08/2019** 35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM): **Dr Cláudio Nogueira**  
Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 2221 CRM-PI 9337  
SBOT f2681  
36-Nome Profissional Solicitante/Assistente: **CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS** 37-CNPJ Seguradora: **43-CNAE Empresa:** **44-CBO:**

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

|   |                     |                  |           |
|---|---------------------|------------------|-----------|
| 36-( <input type="checkbox"/> ) Acidente de Trânsito      | 39-CNPJ Seguradora: | 40-No.Bilhete:   | 41-Série: |
| 37-( <input type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Típico  | 42-CNPJ Empresa:    | 43-CNAE Empresa: | 44-CBO:   |
| 38-( <input type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Trajeto |                     |                  |           |

45 - Vinculo com a Previdência:  
( ) Empregado    ( ) Empregador    ( ) Autônomo    ( ) Desempregado    ( ) Aposentado    ( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

|  |                      |
|--|----------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 47-Data Autorização: |
| 48-Documento: <b>(CNS) (CPF)</b>       | 49-Num. Documento:   |

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

|  |   |
|--|---|
| 51 - Assinatura Paciente ou Responsável: | Usuário: <b>(ANTONIO EURIVANI)</b><br>Consulta Local: <b>735341</b><br>Consulta SUS:<br>Impressão: <b>14/08/2019 16:55:03</b> |
|--|---|

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

|                            |   |               |     |
|----------------------------|---|---------------|-----|
| Nome do Paciente           | Marcus Fernando Silveira Maran  |               |     |
| Diagnóstico pré-operatório | Fracasso ossos do Carpo L   |               |     |
| Operação - Tipo            | Reducao de Fratura  |               |     |
| Cirurgião                  | Dr. Cláudio Nogueira<br>Ortopedia e Traumatologia<br>SBOT 12681 CRM-MA 3321 | 1º Assistente |     |
| 2º Assistente              |   | 3º Assistente |     |
| Instrumentador(a)          | Anestesista   | Anestesia     |     |
| Anestésico(a)              |   |               |     |
| Data da Operação           | 14/10/11  | Inicio        | Fim |
| Diagnóstico Pós-operatório |   |               |     |

### Relatório Imediato do Patologista

### Acidente Durante a Operação

### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Prf lm DDI sob gasteria
- ② Anegru + Antenegrus + tampos Estérreos
- ③ Vio d' acur danci em punc. f
- ④ Reducess d' Fracasso percutânum + fixacôs w 3 FK 1,5 -
- ⑤ Sutur + curat

Dr. Cláudio Nogueira  
Ortopedia e Traumatologia  
SBOT 12681 CRM-MA 3321



## 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 estéril |
| Albumina Humana 20%     |                                    |

HOSPITAL: HUT CNPJ: \_\_\_\_\_  
PACIENTE: Marcus Fernando Scler Maura Nº AIH: \_\_\_\_\_  
PROCEDIMENTO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ PROCED. SOLICITADO: \_\_\_\_\_  
MÉDICO SOLICITANTE: Dra. Paula CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA

*Luxação avascular do cotovelo  
corrigida em 3 FK 1,5 ~*

*Dra. Cláudia Nogueira  
Ortopedista Traumatologista  
CRM-PI 12.000  
30011283*

DATA: 14/08/10

*Assinatura do Médico Solicitante*

### AUDITOR

DATA:

*Assinatura do Médico Solicitante*



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

Fundação Municipal de Saúde

|  |  |                              |           |
|--|--|------------------------------|-----------|
| BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO |  | DATA <u>14/08/19</u>         |           |
| NOME DO PACIENTE: <u>Marcus Finsen</u>               |  | PRONTUÁRIO N°: <u>579302</u> |           |
| DIAGNÓSTICO: <u>Luxação avascular de carp</u>        |  | CIRURGIA: <u>Ortopedias</u>  |           |
| ANESTESIA:   | <u>Dra. Edna</u>   | Nº DA SALA:                  | <u>02</u> |
| CIRURGIA:  | <u>Dra. Cláudia Nogueira</u><br><small>CRM-PB 3222 / MA 9337</small> | CPF N°:                      |           |
| AUXILIAR:  |  | CPF N°:                      |           |
| ANESTESIA:   | <u>KPB</u>   | CPF N°:                      |           |
| INSTRUMENTO UOLHO: <u>gaveta</u>                     |  | CPF N°:                      |           |

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 N° 7,5 3,0        | PAR    | 02     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 02     |       | LUVA N° 6,0            | PAR    | 02     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | -      |       | LUVA DE PROCEDIMENTO   | PAR    | 06     |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 100    |       | PVPI DE GERMANTE       | ML     | 0,00   |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | 02     |       | PVPI TÓPICO            | ML     | 0,00   |       |
| 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 N°              | UNID. |        |       | SERINGA 3CC            | UNID.  |        |       |
| FORMOL                  | ML    |        |       | SORO FISIOLÓGICO       | FRASCO | 04     |       |
| GASES                   | PAC.  | 06     |       | SONDA URETRAL          | UNID.  |        |       |
| JELCO N°                | 20    | 01     |       | <u>Médula expm</u>     | UNID.  | 02     |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA             | UNID.  | 05     |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |        |       | <u>Eletrôdes</u>       | UNID.  | 03     |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       | <u>Concreto</u>        |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |        |       |                        |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       |        |       |                        |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                        |        |        |       |
| MONONYLON 2,0, 3,0      | UNID. | 02     |       |                        |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA:            |        |        |       |
| VICRYL                  |       |        |       | CIRCULANTE:            |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |                        |        |        |       |

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HÓSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANESTESIA



FICHA DE ANESTESIA

|               |                             |            |              |       |
|---------------|-----------------------------|------------|--------------|-------|
| Nome:         | Marcos Fernando Silva Moura | Sala:      | Alergia:     | Data: |
| Procedimento: | Ortoanomia da caviga        | Cirurgião: | Observações: |       |

| Agentes            | Unid. | 15  | 30          | 45    | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 |
|--------------------|-------|-----|-------------|-------|----|----|----|----|----|----|
| 1 Bupivacaina 0,5% | 15 ml | L   | { em bolhas | nitro |    |    |    |    |    |    |
| 2 Adrenalin 1:1000 | 1 ml  |     |             |       |    |    |    |    |    |    |
| 3                  |       |     |             |       |    |    |    |    |    |    |
| 4 Caffeína         | 2g    | ora |             |       |    |    |    |    |    |    |
| 5 Ketamina         | 400mg |     |             |       |    |    |    |    |    |    |
| 6 Oxitocina        | 400ug |     |             |       |    |    |    |    |    |    |
| 7                  |       |     |             |       |    |    |    |    |    |    |
| 8 Nitroglicerina   | 1mg   |     |             |       |    |    |    |    |    |    |
| 9 Anfetamina       | 500ug |     |             |       |    |    |    |    |    |    |
| 10 Propofol        |       |     |             |       |    |    |    |    |    |    |
| 11 Fentanyl        |       |     |             |       |    |    |    |    |    |    |
| 12                 |       |     |             |       |    |    |    |    |    |    |
| 13                 |       |     |             |       |    |    |    |    |    |    |
| Oxigênio           | 330L  |     |             |       |    |    |    |    |    |    |
| AR/N2O             |       |     |             |       |    |    |    |    |    |    |
| Volutil            | %     |     |             |       |    |    |    |    |    |    |

Acessos Vascular

- Periférico
- Cat. Venoso n° G
- Dificuldade aces. venoso
- Gatos \_\_\_\_\_ cateteres
- Central \_\_\_\_\_

Via Aléria

- Cateter nasal
- IOT n° \_\_\_\_\_
- LMA n° \_\_\_\_\_

Monitorização:

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

Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Batânica
- Raqui-anestesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

Decubito: D.H

SpO2 (%)  
ETCO2 (mmHg)

Aces. Venoso 500 → 500

Aces. Venoso

Diurese

Perdas Sanguíneas

Descrição da Anestesia:

Bloqueio de placa Bivapril via arteria comum anterolateral  
gástrico por via e estruturas da parede.  
Sedado.

D. Antônio Ribeiro  
Anestesiologista  
CRM - PI 1099  
Anestesiologista



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

231762

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

|   |                          |                       |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNEG<br><b>5828856</b> | 244896                |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|   |                                 |                          |                            |
|---|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 5-Nome: <b>MARCUS FERNANDO SILVA MOURA</b>                        | 6 - Prontuário: <b>519302</b>   |                          |                            |
| 7-CNS: <b>700502318965056</b>                                     | 8-Nascimento: <b>15/12/1996</b> | 9-Sexo: <b>Masculino</b> | CPF: <b>071.125.783-37</b> |
| 11-Mãe: <b>GERLANDIA MARIA DE SOUSA SILVA</b>                     | 12-Fone: <b>69-99979-7192</b>   |                          |                            |
| 13-Resp: <b>GENTIVAL MARTINS</b>                                  | 14-Cor: <b>Parda</b>            |                          |                            |
| 15-Ender: <b>AV ANTONIO BEZERRA 511 - CENTRO - CEP: 64520-000</b> | 17-Cod.IBGE: <b>220400</b>      | 18-UF: <b>PI</b>         | 19-CEP: <b>64520-000</b>   |
| 16-Munic: <b>FRANCINOPOLIS</b>                                    |                                 |                          |                            |

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*Nenhum em纣to desap. Ir p/br. S  
levo que ir p/br. juan desq  
verif qmz*

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 Prin:

25-CTB Sec.:

26-CID C.Rub.:

\$525

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|  |  |   |
|--|--|---|
| 28-Cod.Proced.: <b>0408020407</b>  | 27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO</b> | Tempo SOS: <b>2</b>   |
| 29-Clinica:  | 30-Caráter: Ident.: <b>02 01</b> 31-Docum.: <b>877.154.063-68</b>  | 32-Doc. Méd. Solic.: <b>877.154.063-68</b>                            |
| 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA</b> | 34-Data Solicitação: <b>10/08/2019</b>   | 35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM): <b>St. qm. fui (Carimbo) 10/08/2019</b> |

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

|                                  |                     |                  |           |
|----------------------------------|---------------------|------------------|-----------|
| 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-Documentos: <b>( )CNS    ( )CPF</b> | 49-Num. Documento:   |
| 50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):          |                      |

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: **(ANTONIO EURIVAN)**  
 Consulta Local: **735341**  
 Consulta SUS:  
 Impressão: **10/08/2019 14:52:28**



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Marcos Fernando Siqueira Marques

Diagnóstico pré-operatório

Tumor descoberto pelo Doutor

Operação - Tipo

Tumor Descoberto pelo Doutor

Cirurgião

Chapéus  
Dr. Fernando Siqueira Marques

1º Assistente

2º Assistente

Dr. Fernando Siqueira Marques

3º Assistente

Instrumentador(a)

Silene

Anestesiista

Café

Anestesia

Bloqueio

Anestésico(a)

Data da Operação

30/08/19

Início

14:30

Fim

15:00

Diagnóstico Pós-operatório

Tumor descoberto pelo Doutor

Relatório Imediato do Patologista

Recebido por competência

Acidente Durante a Operação

### Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

**FOLHA DE ANESTESIA**

UNIDADE DE SAÚDE

Nº DE REGISTRO

## NOME DO PACIENTE

|                                    |   |   |              |                     |              |   |
|------------------------------------|---|---|--------------|---------------------|--------------|---|
| DATA:<br>10/08/14                  | P. ARTERIAL   | PULSO   | RESPIRAÇÃO   | TEMPERATURA         | PESO         | ALTURA  |
|                                    | EXAMES DE SANGUE  | GR. SANGUÍNEO   | HEMATIMETRIA | HEMOGLOBINEMIA      | HEMATOCRITOS | GLICEMIA  |
| EXAMES DE URINA                    |   |   |              |                     |              |   |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA                |   |   |              | ELETROCARDIOGRAMA   |              |   |
| SISTEMA CRIGULATÓRIO               |   |   |              | ASMA BRONQUITE      |              |   |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO               |   |   |              | SISTEMA URINÁRIO    |              |   |
| SISTEMA DIGESTIVO                  |   |   |              | CORTICOIDES         | ATARAXICOS   | OUTROS  |
| ESTADO MENTAL                      |   |   |              | FÍSICOS             |              |   |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO          |   |   |              | APLICADO AS EFEITOS |              |   |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)      |   |   |              | TOTAL DE DOSES      |              |   |
| AGENTES ANESTÉSICOS                | OXIGÉNIO<br>100%<br>35-40-2   | ① Bloqueio caílar<br>② Albuterol 0,5%<br>③ Fentanil<br>④ Acetofenona<br>⑤ Seroxital 10mg<br>⑥ Hiperane 1g |              |                     |              |   |
| LÍQUIDOS                           | SO-UTO 500<br>400<br>SANGUE 300<br>200<br>OUTROS 100  |   |              |                     |              |   |
| TEMPERATURA T                      | 260<br>240<br>2<br>38<br>200<br>180<br>160<br>140<br>120<br>100<br>80<br>60<br>40<br>20<br>10 |   |              |                     |              | SEQUÊNCIA   |
| P. ARTERIAL V O PULSO              |   |   |              |                     |              | 1<br>2<br>3<br>4<br>5<br>6<br>7<br>8<br>9<br>10<br>11<br>12<br>13<br>14<br>15 |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X           |   |   |              |                     |              | DURAÇÃO   |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO              |   |   |              |                     |              |   |
| RESPIRAÇÃO O                       |   |   |              |                     |              |   |
| SÍMBOLOS                           |   |   |              |                     |              |   |
| TÉCNICAS                           | Bloqueio regional.  |   |              |                     |              |   |
| OPERAÇÕES                          |   |   |              |                     |              |   |
| CIRURGIÕES                         |   |   |              |                     |              |   |
| ANESTESISTAS                       | José Reimundo Lafé R. Filho<br>CRM-RJ 4920  |   |              |                     |              |   |
| PARITICULARIDADES                  |   |   |              |                     |              |   |
| INCIDENTE - ACIDENTE               |   |   |              |                     |              |   |
| CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS |   |   |              |                     |              |   |



**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: **22a7m26d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **735341**  
 Requisição: **986092** Solicitação: **10/08/2019** Solicitante: **JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA**  
 Controle: **1280880** Convênio: **SUS**

### 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: 552.218.663-15 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: **S19302**)  
 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: 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 INTEGRos.
- 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 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: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

|             |   |                         |  |
|-------------|---|-------------------------|--|
| Paciente:   | <b>MARCUS FERNANDO SILVA MOURA</b> (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: SUS           |  |

### 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 T8 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 CRM

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Bedenção - Fone: 063 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

|             |  |                                       |
|-------------|--|---------------------------------------|
| Paciente:   | <b>MARCUS FERNANDO SILVA MOURA</b>   | (Prontuário: <b>519302</b> )          |
| Endereço:   | <b>AV ANTONIO BEZERRA 511 - CENTRO - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000</b> |                                       |
| Nascimento: | 16/12/1996   | Idade: 22a7m26d                       |
|             | Sexo: Masculino  | Origem: URGÊNCIA/EMERG                |
| Requisição: | 986131   | Solicitação: 10/08/2019               |
| Controle:   | 1280977  | Convênio: S U S                       |
|             |  | Solicitante: THIAGO CARDOSO GUIMARÃES |

### 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 INTEGROS.
- 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 CRM

Professional Responsável



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PREScrição MÉDICA

