

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.966.211 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/Maio/98

NOME LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS

FILIAÇÃO João de Carvalho Dantas
Maria da Paixão Dantas

Oeiras-Pi. 18/Out/59
DATA DE NASCIMENTO

Nº 1771; Liv. 52. Fls. 216. Cart. 2º

de Exp. Oeiras-Pi. DT Exp. 28/Maio/98

216.887.963-04

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
- Presidente do Conselho

ELN 7.116 DE 24/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DELGADO"

Leonidas de Carvalho Dantas

CARTEIRA DE IDENTIDADE

06/09/2009

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1554733950

NOME
RANYERE MARTINS SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/UF
3164096 SSP PI

CPF
046.400.283-42

DATA NASCIMENTO
19/10/1990

FILIAÇÃO
JOSE DE RIBAMAR
SANTOS SILVA
EDILEUSA MARINHO
MARTINS SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
05841045485

VALIDADE
02/01/2023

1ª HABILITAÇÃO
31/07/2013

OBSERVAÇÕES
A

Ranyere Martins Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OEIRAS, PI

DATA DE EMISSÃO
11/01/2018

14180954844
PI320108570

ASSINATURA DO EMISSOR
ARÃO MARTINS DO RÉGO LÓBÃO
DIR. GEN. DO DETRAN - PI

PROIBIDO PLASTIFICAR
154733950

06 FEV 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170046031 Nº 012713834629
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 450491005 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME
LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS

CPF / CNPJ 21688796304

PLACA ANT./UF PLACA NIR-1181

CHASSI 9C2KD0560CR504748

ESPECIE/TIPO PAS/MOTOCICLO/NEHUMA

COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 BROS KS

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL

002P/149CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC. / COTAS

1º IPVA

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2º

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

SEGURO

PAGO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

OBSERVAÇÕES

SEM RESTRIÇÕES DE PARTE OBRIGATORIA
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL

COLONIA DO PI

DATA

18/7/2017

ARÃO MARTINS DO REGO LOBÃO
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 NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012713834629 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 18/7/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 21688796304 PLACA NIR-1181

RENAVAM 450491005 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS KS

ANO FAB. 2011 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2KD0560CR504748

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81,28 DENATRAN (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL (SEMPRE PAGO PELO SEGURADO) (R\$) 185,50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 17/07/2017

X COTA UNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

06 FEV 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190102569 **Cidade:** Colônia do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS **Data do acidente:** 06/08/2016 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO E PÉ DIREITOS.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes:
Sequelas: Sem sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190102569 **Cidade:** Colônia do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS **Data do acidente:** 06/08/2016 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO E PÉ DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: LEO NIDAS DE CARVALHO DANTAS
 RG: 1.966.211 Órgão Emissor: SSPP CPF: 216.887.963-04
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: LACRADOR
 Endereço: LOCALIDADE NOROESTE
 Bairro: ZONA RURAL Cep: 61516-000 Cidade/UF: COLOMIA DO PRATO - BA
 Telefone: (89) 99419-9261 (89) 98805-1912 ()

OUTORGADO:

Nome: RANIERE MARTINS SILVA
 RG: 3.164.096 Órgão Emissor: SSP-PE CPF: 046.400.283-42
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: ESTUDANTE
 Endereço: AV. DOM. EXPEDITO LOPES
 Bairro: JURUPARANA Cep: 64500-000 Cidade/UF: DEMAIS
 Telefone: (89) 99408-3583 ()

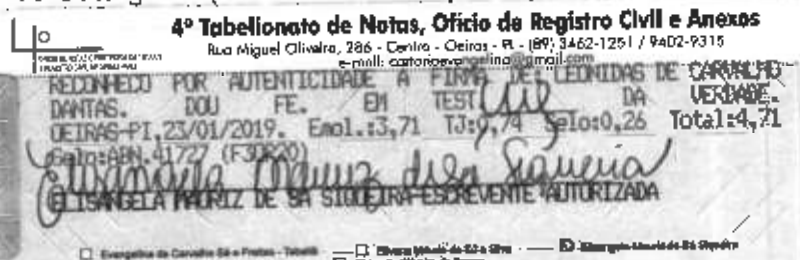
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS
 CPF: 216.887.963-04 Data do Acidente: 06/08/2016
 Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

DEMAIS, PRATO, 23 DE JANEIRO DE 2019
 Local e data

Leonidas de Carvalho Dantas
 Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

DPVAT
 06 FEV 2019
 PJ CORRETORA DE SEGUROS



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0044118/19

Vítima: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS

CPF: 216.887.963-04

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 06/08/2016

Titular do CPF: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RANYERE MARTINS SILVA : 046.400.283-42

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS : 216.887.963-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/02/2019
Nome: RANYERE MARTINS SILVA
CPF: 046.400.283-42

RANYERE MARTINS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190102569

Vítima: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS

Data do Acidente: 06/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RANYERE MARTINS SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 182706.000009/2019-17

Unidade de Registro: 4º DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Etevaldo De Andrade Filho

Data/Hora: 18/01/2019 - 13:59

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE COLÔNIA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

COLÔNIA DO PIAUÍ

Endereço

TRECHO ENTRE ANGICAL E MOURÕES, Nº:

Complemento

ZONA RURAL DE COLÔNIA DO PIAUÍ

Data/Hora

06/08/2016 - 15:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS

RG: 1.966.211 SSP PI

Mãe: MARIA DA PAIXÃO DANTAS

Pai: JOÃO DE CARVALHO DANTAS

Endereço: POVOADO MORAES, FAZENDA SACO DO REI, Nº

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: COLÔNIA DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-8805-1912

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	NXR 150 BROS KS	2012	NIR1181	9C2KD0560CR504748	450491005	Preta

Condutor: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS

RG: 1.966.211 Órgão: SSP UF RG: PI

End: POVOADO MORAES, FAZENDA SACO DO REI Número: Complemento: ZONA RURAL

Cidade: COLÔNIA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS

Cidade: COLÔNIA DO PIAUÍ UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

DECLARA o noticiante que, no dia 06/08/2016, por volta das 15:00 horas, trafegava pela estrada carroçável sentido Colônia do Piauí/Povoado Moraes, conduzindo referida motocicleta, descrita acima; QUE em determinado trecho, mais precisamente, no trecho entre Localidade Angical e Povoado Mourões, perdeu o controle de direção de referida motocicleta, após de rapar, vindo a cair; QUE em decorrência da queda sofreu uma pancada no joelho direito; Informa o noticiante que somente no dia 07/08/2016, por volta das 09:42 horas, compareceu a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), nesta cidade de Oeiras, onde foi medicado retornando para sua residência; Informa o noticiante que continuou sentindo dores no joelho; QUE no dia 15/08/2016, as 09:56 horas, compareceu novamente a UPA se queixando de dor em MID (JOELHO) e após fazer exame radiológico não constatou fratura; QUE no dia 19/02/2018, fez exame de ressonância magnética no joelho direito no Complexo Estadual de Reabilitação em Saúde e Educação Daniely Dias (CEIR - Centro Integrado de Reabilitação), em Teresina-PI, e foi constatado que houve fratura; QUE o noticiante está na fila de espera pra fazer cirurgia. Era o que tinha a noticiar.

Bel. Francisco Rodrigues da Silva
Delegado de Polícia

Etevaldo De Andrade Filho - Mat. 086702X
AGENTE DE POLÍCIA

LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS - Noticiante
Responsável pela Informação



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 182706.000009/2019-17

Delegado de Polícia

Bel. Francisco Rodrigues da Silva
Delegado de Polícia
Mat.: 100514-5

06 FEV 2019

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL

CPF da vítima

Nome completo da vítima

216-887-963-04 LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS

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

Nome completo de

LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS

CPF

216-887-963-04

Número

Complemento

Profissão

LAURADOR

Endereço

POUDADO - MORAG

Bairro

ZONA RURAL

Cidade

COLÔNIA DO PAU

Estado

PIAUÍ

CEP

64.516.000

E-mail

Tel. (DDD)

89-48805-1912

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

RENDA MENSAL:

☐ RENDIMENTO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4383

CONTA:

64.100

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 para a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 no 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.

De o motivo informado, 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa unívoca concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gravidez: ☐ Paro ou aborto com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:

Teresina, 11 de 02 de 2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU FOGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Temp: 05/10/2017 03:44:13

(Civ): MAYCON DE SOUSA

(Estação): DE/CIOT 3636101

Nome: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS		Prontuário: 4227	
Mãe: MARIA DA PAIXÃO DANTAS	Pai: JOÃO DE CARVALHO DANTAS		
End.Resid.: LOC MORAES - ZONA RURAL - COLONIA DO PIATI - PI - CEP: 64516-300			
Nascimento: 18/10/1959	Idade: 56a:10m:20d	Sexo: Masculino	Fone: 89-95417-3811
Responsável: O MESMO	CNS: 858000722336480		
Profissão:	Documento: CPF: 216.887.963-04		
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Casado(a)		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 39185	Entrada: 07/08/2016 09:42:49	Convênio: S U S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	KMSSII	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
Breve História Clas. Risco: CLIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ MAIS 17 HORAS REFERINDO DOR EM JOELHO DIREITO. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA. O MESMO RELATA QUE DEIXOU DE TOMAR A MEDICAÇÃO DA PRESSÃO POR CONTA PRÓPRIA. P.A 148/83mmHg			PRESCILIA DE CARVALHO REGO COREN-140084 Em: 07/08/2016 09:56:06

Ass.Profissional Clas. Risco:

SSVV:		(Hora: ____ : ____)	
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 kg/m2	Pulso: 0 bpm Pressão: 0 mmHg
DADOS CLÍNICOS: CLIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ MAIS 17 HORAS REFERINDO DOR EM JOELHO DIREITO. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA. O MESMO RELATA QUE DEIXOU DE TOMAR A MEDICAÇÃO DA PRESSÃO POR CONTA PRÓPRIA. P.A 148/83mmHg			
Diagnóstico Inicial: ?			CID:
EXAMES COMPLEMENTARES: RX JOELHO DIREITO			
PRESCRIÇÃO MEDICA: DIPIRONA 1 AMP IV DEXAMETASONA 1 AMP IV VOLTAREM 1AMP IM			
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: ENCAMINHADO PARA MEDICAÇÃO			
DATA: / /		HORA: :	

Assinatura Paciente ou Responsável

MAYCON DE SOUSA DO NASCIMENTO
SUPER. ADMINISTRATIV. Em: 07/08/2016 10:06:38MAYCON DE SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 052.146.403-07
Coord. Administrativo-UPA

06 FEV 2018

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.946.746/0001-89 | Ins. Estadual: 19.011.383-5
Rua Fiscal/ Companhia Elétrica - São B-1
Recuperação de lixo - 2530 autogerada pela Saneas Omap

№ до Нагн Фискал 015329444

A Tarifa Social de Energia Eléctrica - TSEE foi criada pelo Lei n.º 24.638 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	28/12/2018	95	92,63

LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS
PV HORAES S/N B-RURAL
CPF: 00021688791-304
CEP: 64.516-000 - COLONIA DO PIQUI

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Acabou:	4388	Atualiz:	21/12/2018
Atualizou:	4293	Anterior:	22/11/2018
Consumo de caracteres:	1,020	Próxima leitura:	18/01/2019
Consumo Modem:	95	Exatidão:	19/12/2018
Consumo Pastoral:	95	Atualização:	21/12/2018

NO 12441

29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Cidade/UF	Estado	Número Medidor	Produto	Código Red.	Mês de 12 meses
RUIAÍ	MA	4914186	4-3-2-1	100	

HISTÓRICO		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano			
NOV/18	122	CONSUMO	95 A R\$ 0,603160 = 57,77
OUT/18	104	PARCELAMENTO DE DÉBITO 30/36	34,86
SET/18	91	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 0,26
AGO/18	111		
JUL/18	90		
JUN/18	99		
MAI/18	123		
ABR/18	93		
MAR/18	71		
FEV/18	74		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 35 - 0,42766			

MENSAGENS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO

MEF/ANO 11/2013 VALOR R\$ 104,73

Unidade beneficiária inscrita no cadastro do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/01/2015, em função das contas realizadas nesta fatura, o plano pagamento poderá ser alterado também e incluído no nome do consumidor. SEMPRE, informamos ainda a(s) atualizad(a) valor(is) e a(s) reatualizad(a) no valor de R\$ 589,89 (valor histórico, caso tenha efetuado o pagamento favor considerar este aviso).

REAJUSTE TARIFÁRIO MÍDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFORME RESOLUÇÃO ANELZ Nº 490/2018.

REAJUSTE TARIFARIO MÍDIO DE 12,14% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFOR
ME RESOLUÇÃO ANEEL 2.490/2018.

RESERVADO AO FISCO AC12, B584, 6C9E, 672F, 7659, C478, 1C85, CE9a

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/IMPOSTOS - R\$	
Distribuição:	11,51	Base de Cálculo:	57,77
Energia:	21,85	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	3,43	Valor de ICMS:	12,70
Encargos:	3,48	Valor de PIS:	0,85
Tributos:	17,50	Valor de COFINS:	3,95

INDICADORES DE CONTINUIDAD

6,03	12,06	24,12	3,51	7,23	14,45	3,54
0,00			0,00			0,00

白灰土填土

10/2018

21 3



Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARÁ
Av. Maranhão 759 - Centro/BJ - Belém - PA
FONE: 061.40.748.0001-95 | E-MAIL: celp@celparpa.com.br

SERV. CDTGO

0816653-6

TOTAL A PAGAR - R

92-63

MISFATUEADQ

12/2018

YENCIMENTO

78/1272018

Nº da Nota Fiscal: 015329444 FC&M

33649000000 3 92630007000 4 00000000000 16 9 65361214000 9



SEQ.: 00001 UC: 0816653-6 DT LEIT.: 21/12/2018 T.ENTR.: 01
LEITURA: 4388 NORMAL TOTAL: 92,63 CARGA: A01
DT.VENC.: 28/12/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 0821

**FJ CORRETORA
DE SEGUROS**

06 FEB 2019

0-1



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO



SEU CÓDIGO

1185343-3

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-00 | Insc. Estadual 19.301.303-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime especial de emissão autorizado pela SETAC 06/98

Nº da Nota Fiscal 012373363

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	24/10/2018	149	134,17

RANYERE MARTINS SILVA
AV DOM EXPEDITO LOPES 241 OBRAS NOVA
CPF: 00004640028342
CEP: 64.500-000 - OBRAS

ROT: 61.770.11.33.110800

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	11870		Atual:	16/10/2018
Anterior:	11721		Anterior:	14/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	16/11/2018
Consumo Médio:	149		Emissão:	15/10/2018
Consumo Faturado:	149	FCAM	Apresentação:	16/10/2018

Forma de Pagamento:	NORMAL	Código de regularidade:	32
---------------------	--------	-------------------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Poste	Edifício Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	HONO	A1266414		1.1.1.1	125

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
SET/18	140	CONSUMO 149 A R\$ 0,834032 =	124,27
AGO/18	151	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	9,90
JUL/18	125	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	7,44
JUN/18	138		
MAI/18	140		
ABR/18	128		
MAR/18	122		
FEV/18	170		

06 FEV 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidor: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/ri/BUOTECAWEB/DQCDORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras, são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu RANYERE MARTINS SILVA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046-400 283 / 42 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 046-400 283 / 42
do sinistro de DPVAT cobertura INVA / IRE 2 da vítima LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS
inscrito (a) no CPF sob o Nº 216-887-963 / 04 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: ESTUDANTE Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 298 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. Dom. Expedito Lopes</u>	Número: <u>241</u>	Complemento: <u>-</u>
Bairro: <u>Jurema</u>	Cidade: <u>Oeiras</u>	Estado: <u>PAU</u>
CEP: <u>64-500-000</u>		Tel. (DDD): <u>89-99408-383</u>

Local e Data: Oeiras, PAU, 30 de Janeiro de 2019

+ Ranyere Martins Silva
Assinatura do Declarante



BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 05/10/2017 03:48:12

(User: RAYON4 80978)

(Protocolo: DEKTOP 5695100)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS		Prontuário: 4227	
Mãe: MARIA DA PAIXAO DANTAS	Pai: JOAO DE CARVALHO DANTAS		
End.Resid.: LOC MORAES - ZONA RURAL - COLONIA DO PIAUI - PI - CEP: 64516-000			
Nascimento: 18/10/1959	Idade: 56a:10m:20d	Sexo: Masculino	Fone: 89-99417-0811
Responsável: O MESMO	CNS: 898000722336480		
Profissão:	Documento: CPF: 216.887.963-04		
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Casado(a)		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 39185	Entrada: 07/08/2016 09:42:49	Convênio: S D S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	MMSIII	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
Breve História Clas. Risco: CLIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ MAIS 17 HORAS REFERINDO DOR EM JOELHO DIREITO. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA. O MESMO RELATA QUE DEIXOU DE TOMAR A MEDICAÇÃO DA PRESSÃO POR CONTA PRÓPRIA. P.A 148/83mmHg			PRISCILLA DE CARVALHO REGO COREN-340084 Em: 07/08/2016 09:50:06

Ass.Profissional Clas. Risco:

SSVV: (Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m²	Pulso: 0 bpm Pressão: 0 mmHg
DADOS CLÍNICOS: CLIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ MAIS 17 HORAS REFERINDO DOR EM JOELHO DIREITO. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA. O MESMO RELATA QUE DEIXOU DE TOMAR A MEDICAÇÃO DA PRESSÃO POR CONTA PRÓPRIA. P.A 148/83mmHg			
Diagnóstico Inicial: ?			CID:
EXAMES COMPLEMENTARES: RX JOELHO DIREITO			
PRESCRIÇÃO MEDICA: DIFIRONA 1 AMP+AD EV DEXAMETASONA 1 AMP EV VOLTAREM 1AMP IM			
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: ENCAMINHADO PARA MEDICAÇÃO DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____			

Assinatura Paciente ou Responsável

MAYCON DE SOUSA DO NASCIMENTO
SUPER. ADMINISTRATIV. Em: 07/08/2016 10:06:38MAYCON DE SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 052.146.403-07
Coord. Administrativo-UPA

06 FEV 2017

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-UPA 24 H

Rua Antônio Teófilo, 557 - Ondas Novas - Fone: 36 3336 7074

CEP: 13.132-000 CNPJ: 06.513.664/0001-71

UPA
24h

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

NOME: LEONILAS DE CARVALHO DANTAS		Prontuário: 4227
FILHO: LEONILAS DE CARVALHO DANTAS		FILHO: JOÃO DE CARVALHO DANTAS
ENDEREÇO: RUA ANTÔNIO TEÓFILO DE ALMEIDA FREITAS N. 112 - ROSARIO - UBERABÁ - SP - CEP: 13132-000		
Nascimento: 17/07/1959	Idade: 56a (36220)	Sexo: Masculino Rone: 36-3336-7074
Responsável: LEONILAS	CNE: 42200072036401	
Profissão:	Documento: CPS: 116.000.000-00	
G. Instrução: Ensino Incompleto	E. Civil: Casado(a)	
End. Local:		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Coligo: 39135	Entrada: 07/08/2016 09:42:49	Convênio: 000
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
DOLORES NO CORPO	MUSCULA	Problema Resolvido sem dano	Amarelo
<p>DOLORES NO CORPO REFERIDAS NA MANHÃ DE 17 HORAS REFERINDO DOR EM JOELHO DIREITO, INSOMNIO E DOR NA CERVICAL. O MESMO RELATA QUE DEIXOU DE TOMAR A MEDICAÇÃO EM USO.</p>			<p>PRINCÍPIO DO ATENDIMENTO</p> <p>Dr. Ana Cristina Alexandrou</p> <p>07/08/2016 09:42:49</p>

Ass. Profissional: **Dr. Ana Cristina Alexandrou**

DATA: 07/08/2016	(Hora: 09:42)					
Nome: LEONILAS DE CARVALHO DANTAS	Idade: 56a (36220)	Sexo: Masculino	Unidade: UPA	Local: UPA	Procedimento: 000	Outro:
<p>DIAGNÓSTICO CLÍNICO:</p> <p>ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA NA MANHÃ DE 17 HORAS REFERINDO DOR EM JOELHO DIREITO, INSOMNIO E DOR NA CERVICAL. O MESMO RELATA QUE DEIXOU DE TOMAR A MEDICAÇÃO EM USO.</p>						
<p>EXAMES COMPLEMENTARES:</p> <p>NENHUM</p>						

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

PARACETAMOL 500MG
1 comprimido 3x ao dia

10/07
Lusnete de Souza
CRM 108655
Téc. Enfermagem

08 FEB 2016

SIGNATURA DA ASSINATURA/ENCERRAMENTO:

Assinatura do Responsável:

DATA:

HORA:

Jonilson Pereira

Dr. Ana Cristina Alexandrou

ANA CRISTINA CARVALHO BRANCO MEDICINA
CRM 108655 Data: 07/08/2016 09:42:49

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 11/08/2016 20:41:03

User: LUCAS RIBEIRO

Estação: UPA-PI

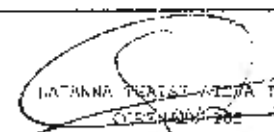
DADOS DO PACIENTE:

Nome: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS		Prontuário: 4227	
Mãe: MARIA DA FAIXA DANTAS		Pai: JOAO DE CARVALHO DANTAS	
End. Resid.: RUA CHILDERICO DE ALENCAR FREITAS N 137 - ROSARIO - Oeiras - PI - CEP: 84500-000			
Nascimento: 18/10/1959	Idade: 56a:10m:24d	Sexo: Masculino	Fone: 86-9947-6011
Responsável: O MESMO		CNS: 898020722336480	
Profissão:		Documento: CPF: 916.897.463-04	
G. Instrução: Fundamental (incompleto)		E. Civil: Casado(a)	
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 39782	Entrada: 11/08/2016 20:26:59	Convênio: S U S
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
(Intercorrências Clínicas)	Circulatória	Em atendimento 14-7/101.	Amarelo
Breve História Clas. Risco: Paciente, relata dor em pé direito, após acidente motociclistico (queda) há +/- 06 dias. Apresentando dor local. Desconhece alergias medicamentosas e/ou doenças crônicas. PA: 140/89mmHg			 LUCIANA TEALVA ALMEIDA TORRES 11/08/2016 20:41:03

Ass. Profissional Clas. Risco:

SSVV:	(Hora: :)
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M
IMC: 0,00 Kg/m2	Palco: 0
Imp:	Pressão: 0 mmHg

DADOS CLÍNICOS:

CLIENTE, RELATA DOR EM PÉ DIREITO, APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA) HÁ +/- 06 DIAS. APRESENTANDO DOR LOCAL. DESCONHECE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E/OU DOENÇAS CRÔNICAS. PA: 140/89mmHg

Diagnóstico Inicial:

CID:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PRESCRIÇÃO MEDICA:

TRAMADOL 100 MG + SF 0.9% 100 ML EV CORREIR 40 GOTAS POR DIA

DEXTROPROPRANOLOL + DICILOFENACETATO (AMP 100 MG)

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ENCAMINHADO PARA MEDICAÇÃO

DATA: 11/08/2016

HORA: 20:41:03

+ familiares e Dantes Sane

Assinatura Paciente ou Responsável

Lucas Ribeiro Brito

CRM-5987-2016

08/08/2016 20:41:03

Temp: 16/08/2016 11:25:46

(User: ALEXANDRA ARAUJO)

(Estação: UPA15-PI)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS		Prontuário: 4227	
Mãe: MARIA DA PAIXÃO DANTAS	Pai: JOÃO DE CARVALHO DANTAS		
End. Resid.: RUA CHILDERICO DE ALENCAR FREITAS A 132 - ROSARIO - OETRAS - PI - CEP: 64500-000			
Nascimento: 18/10/1959	Idade: 56a:10m:29d	Sexo: Masculino	Fone: 89-99417-0811
Responsável: O MESMO	CNS: 098000722336480		
Profissão:	Documento: CEP: 216.897.953 04		
E. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Casado(a)		
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 40374	Entrada: 16/08/2016 21:05:54	Convênio: S U S
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrências Clínicas:	Circulatória	Dor moderada (4-7/10)	Amarelo
Breve História Clas. Risco: CLIENTE REFERE DOR EM JOELHO DIREITO, APÓS QUEDA DE MOTO HÁ MAIS OU MENOS 15 DIAS. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA E/OU DOENÇA CRÔNICA. PA=132/76 mmHg			ALEXSANDRA ROCH. CAR. DA SILVA M.F. COREN-PI 32438 Em: 16/08/2016 21:15:16
			Ass. Profissional Clas. Risco:

SEVV:	(Hora: _____ : _____)					
Peso: 0,00 kg	Altura: 0,00 m	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: 0	Temp	Pressão: 0	mmHg
DADOS CLÍNICOS: CLIENTE REFERE DOR EM JOELHO DIREITO, APÓS QUEDA DE MOTO HÁ MAIS OU MENOS 15 DIAS. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA E/OU DOENÇA CRÔNICA. PA=132/76 mmHg						
Diagnóstico inicial:						CD:
EXAMES COMPLEMENTARES: NDI						
PRESCRIÇÃO MEDICA: 1 VOLTAREN - 1 AMP LM 2 Omeprazol - 1 amp LM						
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: ENCAMINHADO PARA MEDICAÇÃO						
DATA: / /			HORA: :			

Assinatura Paciente ou Responsável

JOSEAN MAYS ANTONIO DE ARAUJO
CRMPI-6173 Em: 16/08/2016 21:25:46

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS		Prontuário: 4227	
Mãe: MARIA DA PAIXAO DANTAS	Pai: JOAO DE CARVALHO DANTAS		
End. Resid.: RUA CHILDERICO DE ALENCAR FREITAS N 132 - ROSARIO - OEIRAS - PI - CEP: 64500-000			
Nascimento: 18/10/1959	Idade: 56a:10m:5d	Sexo: Masculino	Fone: 89-99417-0811
Responsável: O MESMO	CNS: 698000722336480		
Profissão:	Documento: CPF: 216.887.963-04		
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Casado(a)		
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 41281	Entrada: 23/08/2016 21:00:13	Convênio: S O S
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrências Clínicas:	Circulatória:	Dor moderada (4-7/10).	Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE REFERE DOR INTENSA EM COXA DIREITA, SEGUIDO DE EDEMA LOCAL. RELATA TRAUMA EM ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA +/- 15 DIAS, (SIC). NEGA DOENÇA CRONICA E ALERGIA MEDICAMENTOSA PA: 140x80mmHg			STELLA FERNANDA FERREIRA DE CARVALHO COREN-394154 Em: 23/08/2016 21:08:22

Ass. Profissional Clas. Risco:

SSVV: (Hora: :)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: 0 bpm Pressão: 0 mmHg
DADOS CLÍNICOS: PACIENTE REFERE DOR INTENSA EM COXA DIREITA, SEGUIDO DE EDEMA LOCAL. RELATA TRAUMA EM ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA +/- 15 DIAS, (SIC). NEGA DOENÇA CRONICA E ALERGIA MEDICAMENTOSA PA: 140x80mmHg. AO EXAME: LEVE EDEMA LOCAL COM DOR A MOBILIZAÇÃO			
Diagnóstico Inicial:			CID:
EXAMES COMPLEMENTARES: US JOELHO DIREITO			
PRESCRIÇÃO MEDICA: 1. DEXAMETASOMA 2,5ML + AD, EV 2. DIFIRONA 500MG/L - 01 AMP + AD, EV 3. TENOXICAM 20MG + AD, EV			
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: ENCAMINHADO PARA MEDICAÇÃO			

DATA: / /

HORA:

 Dr. Hitallo Cavalcante
 Médico
 CRM-PI: 6008/CRM-MA: 8863
 CPF: 984.267.413-84

 HITALLIO RAFAEL DE SOUSA CAVALCANTE
 CRM-6008 Em: 23/08/2016 21:17:50

Assinatura Paciente ou Responsável

COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS

CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR

CLIENTE...:77066 LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS

CNS: 702401047382722

IDADE.....:58 anos

REQ: 105282

MÉDICO:JOSE MARIA DA ROCHA

DATA EXAME: 13/02/2018

SEXO.....:Masculino

CONVÊNIO: SUS

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO DIREITO.

TÉCNICA:

- Sagital sequências SE PD/T2;
- Coronal sequências GE T2* e STIR (supressão de gordura) - T2;
- Axial sequências STIR - T2;

ACHADOS:

(*) Fratura com sinais de cronicidade e leve destacamento ósseo de extenso fragmento do aspecto posterior do platô tibial, inferindo a eminência tibial posterior, incluindo as inserções dos cornos posteriores dos meniscos e ligamento cruzado posterior.

Ligamento cruzado posterior apresenta um leve espessamento de sinal intermediário da inserção distal sugerindo estiramento/edema.

Evidencia-se leve componente degenerativo intrassubstancial ao longo do corno posterior/corpo do menisco medial.

Borrimento hiperintenso inferindo edema ósseo ao longo do aspecto anterior da zona de carga do côndilo medial do fêmur.

Moderado derrame articular com sinais de leve sinovite.

Plica sinovial suprapatelar.

Condropatia das superfícies de revestimento dos compartimentos fêmoro-tibiais com áreas focais de exposição da corticalidade óssea, sobretudo ao longo da fenda medial.

A patela tem forma habitual e relaciona-se normalmente com a tróclea, destaca-se condropatia patelo-troclear caracterizada por áreas de edema e fissurações superficiais determinando irregularidade das superfícies condrais de revestimento, com leve edema reacional das superfícies ósseas de aposição.

Labições osteofitárias marginais bicompartimentais.

Caprichosa coleção líquida envolvendo a inserção do tendão do semimembranoso, interpondo-se profundamente aos tendões da pata anserina, inferindo bursite, com edema de partes moles adjacentes.

06 FEV 2018

Continua...

ASSOCIAÇÃO REABILITAR

Dr. Igor Neiva de Mota Santos Cordeiro
CRM 4058

COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS
CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR

CLIENTE...:77066 LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS

CNS: 702401047382722

IDADE.....:58 anos

REQ: 105282

MÉDICO ...: JOSE MARIA DA ROCHA

DATA EXAME: 19/02/2018

SEXO.....:Masculino

CONVÊNIO: SUS

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Laudo descrito.

06 FEV 2019

ASSOCIAÇÃO REABILITAR

Dr. Igor Neiva de Moura Santos Cordeiro
CRM4058

