



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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003466/2018-62

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 01/10/2018 - 17:11

### DADOS DA OCORRÊNCIA

#### Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

#### Data/Hora

02/07/2018 - 11:45

#### Tipo Local

VIA PÚBLICA

#### Município

TERESINA

#### Bairro

PARQUE PIAUÍ

#### Endereço

AV. PRINCIPAL, Nº:

#### Complemento

#### Ponto de Referência

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCELO PEREIRA DA SILVA

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

RG: 2463911

Mãe: MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA

Endereço: RUA CARDIAL, Nº 1235

Bairro: PARQUE AFONSO GIL

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9583-0143

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

#### Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

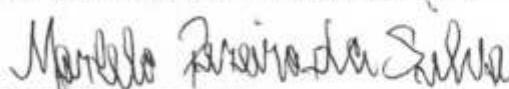
### RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO YAMAHA/FACTOR 150, ANO 2018, PLACA OEG-5541, PROPRIETÁRIO /TESTEMUNHO DO FATO FERNANDO CORREIA DE SOUSA, CPF 04359451300, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AVENIDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO INVADIU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADO FOI SOCORRIDO POR TERCEIRO, ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 481086, DEPOIS ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DA POLICIA MILITAR, PRONTUÁRIO 384338. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Almiralice R. Lebre Carlos  
Escrivão Especial  
Mat.: 009761-6

  
MARCELO PEREIRA DA SILVA - Noticiante

Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

"DOCUMENTO ORIGINAL"  
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS  
Recebido em: 10/10/2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Marcelo Pinna da Silva

CPF da Vítima

050.475.303-70

Data do Acidente

02/07/2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(86) 9 8821-4516

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

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

6/11/2018

Local e Data

Marcelo Pinna da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALL.001 V001/2017

"DOCUMENTO PRÓPRIO"  
"MEDIDA CORREITORA DE SEGURO"  
"recebido em: 10/10/18"

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206  
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

050.475.303-70

Nome completo da vítima

Marcelo Ferreira da Silva

#### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo  
Marcelo Ferreira da Silva

CPF titular da conta  
050.475.303-70

Profissão  
Revisor

Endereço  
R Linha

Número  
1140

Complemento  
Casa

Bairro  
Anáias

Cidade  
Teresópolis

Estado  
RJ

CEP  
64027-658

Email

Telefone (DDD)  
(81) 99829-5708

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

#### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
NRO.

D/V

CONTA  
NRO.

D/V

0728

127990

4

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Terminar 04 de outubro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPF.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL  
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS  
Recebido em: 10/10/2018

---

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** MARCELO PEREIRA DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180477987

**Vitima:** MARCELO PEREIRA DA SILVA

**Data do Acidente:** 02/07/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180477987**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00728

CONTA: 00000127990-4

---

Nr. da Autenticação 0CC311873DA394A9

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372237/18

**Vítima:** MARCELO PEREIRA DA SILVA

**CPF:** 050.475.303-70

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/07/2018

**Titular do CPF:** MARCELO PEREIRA DA SILVA

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**MARCELO PEREIRA DA SILVA : 050.475.303-70**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/10/2018  
Nome: MARCELO PEREIRA DA SILVA  
CPF: 050.475.303-70

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2018  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

---

MARCELO PEREIRA DA SILVA

---

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARCELO PEREIRA DA SILVA		Prontuário: 481086
Mãe:	MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA	Pai: VALMIR PEREIRA DA SILVA
End. Resid.:	RUA CARDIAL 1235 - PARQUE AFONSO GIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
Nascimento:	18/08/1989	Idade: 28 a 10m15d
Responsável:	O MESMO	
Profissão:	CONFERENTE	
Instituição:	Médio Completo MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS	
Local.:	- - - Recebido em: 10/10/18	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 672496	Data: 02/07/2018 12:29:32	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
cid.Trab.: Sim	Trajeto?: Sim	Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

- vítima de acidente motociclistico há 1 hora, com impacto na cintura escapular. Usava capacete.  
 - Apresenta dor e deformidade na clavícula.  
 - EF: supínico, sem epiptolegia; clavícula 15, estável; aliviado de dor; pulso estável; desambulando normalmente;  
 A clavícula apresenta instabilidade.

PA X mmHg      Pulso: \_\_\_\_\_      FC: \_\_\_\_\_ bpm      Temp: \_\_\_\_\_ °C

Dispositivo Inicial:

Fratura de clavícula

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Transtadol 100mg + 100mL SF - EV
- Dipirona + ampolas - EV
- Sócio radiografias;

RAIO-X REALIZADO

DATA 02/07/2018

Técnico: \_\_\_\_\_

ULTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> DATA SAÍDA: / / .
	<input type="checkbox"/> A Pedido		HORA: : :

DESTINO:	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> Proced. Solicitado:
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<input type="checkbox"/> CID Compatível:
	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	0408010150 / 5420
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto  
 Médico Ortopedista  
 CRM-PI 2054

Prof. Solicitante  
 Internação:

X maria Rita de Abreu convalho

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 107701 AIH: 2218100394191
--	--

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
707002851516738	MARCELO PEREIRA DA SILVA		18/08/1989	481086	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
		MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA	MARIA RITA		
CEP	ENDERECO (LOGRADOURO)		NUMERO / LOTE		
	RUA 05 LOTEAMENTO JOAO PEREIRA 1140				UF
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO		
AREIAS	TERESINA				PI

### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL 0308010019
--	---

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA	CÓDIGO 0408010150		
DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA	CÓDIGO 0308010019		
DIAGNÓSTICO INICIAL FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR, NIVEL NAO ESPECIFICADO	CID 10 PRINCIPAL T111	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

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

#### PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE ENCAMINHADO COM RELATOS DE TRAUMA POR QUEDA DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO ESQUERDO. AVALIADO PELO ORTOPEDISTA. DETECTADO NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO. FOI TRANSFERIDO PARA REALIZAR CIRURGIA EM OUTRO SERVICO.

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE FABIO MARCOS DE SOUSA	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
CNS SOLICITANTE 980016278328963	DATA SOLICITAÇÃO 06/07/2018

### AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR LUIZ EDSON DOS SANTOS COSTA	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
CNS AUTORIZADOR 980016000055043	ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO 06/07/2018 09:33:06

*MEDEIDA CORRETORA DE SEGUROS*  
Recebido em: 10/10/18

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

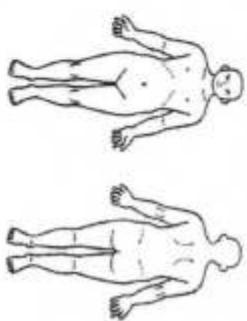
NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
<i>Mauricio P. do Nascimento</i>					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
<i>Artrite Osteoartrite</i>					
PRESSÃO MÉDICA					
DATA: 07/05/1998 HORA: :					
HORÁRIO					
OBSERVAÇÕES					
CLÍNICA MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE					
Coutinho					
Visto e assinado pelo(a) MÉDICO					
Atendido no dia 07/05/1998					
1 DIETA LIVRE					
2 SG5% 500ML +SF0,9% 500ML EV EM 12h.					
3 DIPIRONA 2ML+AD EV 6/6H.					
4 TENOXICAM 20MG 1 AMP DIL EV 12/12H					
5 TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12H SOS					
6 CCGG					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					
101					
102					
103					
104					
105					
106					
107					
108					
109					
110					
111					
112					
113					
114					
115					
116					
117					
118					
119					
120					
121					
122					
123					
124					
125					
126					
127					
128					
129					
130					
131					
132					
133					
134					
135					
136					
137					
138					
139					
140					
141					
142					
143					
144					
145					
146					
147					
148					
149					
150					
151					
152					
153					
154					
155					
156					
157					
158					
159					
160					
161					
162					
163					
164					
165					
166					
167					
168					
169					
170					
171					
172					
173					
174					
175					
176					
177					
178					
179					
180					
181					
182					
183					
184					
185					
186					
187					
188					
189					
190					
191					
192					
193					
194					
195					
196					
197					
198					
199					
200					
201					
202					
203					
204					
205					
206					
207					
208					
209					
210					
211					
212					
213					
214					
215					
216					
217					
218					
219					
220					
221					
222					
223					
224					
225					
226					
227					
228					
229					
230					
231					
232					
233					
234					
235					
236					
237					
238					
239					
240					
241					
242					
243					
244					
245					
246					
247					
248					
249					
250					
251					
252					
253					
254					
255					
256					
257					
258					
259					
260					
261					
262					
263					
264					
265					
266					
267					
268					
269					
270					
271					
272					
273					
274					
275					
276					
277					
278					
279					
280					
281					
282					
283					
284					
285					
286					
287					
288					
289					
290					
291					
292					
293					
294					
295					
296					
297					
298					
299					
300					
301					
302					
303					
304					
305					
306					
307					
308					
309					
310					
311					
312					
313					
314					
315					
316					
317					
318					
319					
320					
321					
322					
323					
324					
325					
326					
327					
328					
329					
330					
331					
332					
333					
334					
335					
336					
337					
338					
339					
340					
341					
342					
343					
344					
345					
346					
347					
348					
349					
350					
351					
352					
353					
354					
355					
356					
357					
358					
359					
360					
361					
362					
363					
364					
365					
366					
367					
368					
369					
370					
371					
372					
373					
374					
375					
376					
377					
378					
379					
380					
381					
382					
383					
384					
385					
386					
387					
388					
389					
390					
391					
392					
393					
394					
395					
396					
397					
398					
399					
400					
401					
402					
403					
404					
405					
406					
407					
408					
409					
410					
411					
412					
413					
414					
415					
416					
417					
418					
419					
420					
421					
422					
423					
424					
425					
426					
427					
428					
429					
430					
431					
432					
433					
434					
435					
436					
437					
438					
439					
440					
441					
442					
443					
444					
445					
446					
447					
448					
449					
450					
451					
452					
453					
454					
455					
456					
457					
458					
459					
460					
461					
462					
463					
464					
465					
466					
467					
468					
469					
470					
471					
472					
473					
474					
475					
476					
477					
478					
479					
480					
481					
482					
483					
484					
485					
486					
487					
488					
489					
490					
491					
492					
493					
494					
495					
496					
497					
498					
499					
500					

**Evolução e Anotação de Enfermagem**
**Escalas de Avaliação de Risco**
**DATA:** 02/07/18

**NOME:** Marcos Pimenta da Silva **PRONTUÁRIO:** 481086 **IDADE:** \_\_\_\_\_ **ENFERMARIA/LEITO:** —

**GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: ( ) MÍNIMOS ( ) INTERMEDIÁRIOS ( ) SEMI-INTENSIVOS ( ) INTENSIVOS**

SINAIS VITAIS						ENTRADAS			SAÍDAS		
HORA	T	P	R	PA	SAT. O <sub>2</sub>	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DIURESE	DRENO
12											
18											
24											
6											

**MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"**


ESCALA DE BRAUEN:	PONTOS:	CONTROLE:
1. PERCEPÇÃO SENSORIAL:		
2. UNIDADE	ALTO RISCO — AR: <12	
3. ATIVIDADE		
4. MOTILIDADE		
5. NUTRIÇÃO		
6. FRICÇÃO E CISALHAMENTO	BAIXO RISCO — BR: > 14	
<b>TOTAL:</b>		CLASSIF.: _____

**ESCALA DE MORSE – RISCO DE QUEDA:**

1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM – 25 / NÃO – 0

2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM – 15 / NÃO – 0

3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Motilidade / Parépsia / Nervos / Bengala / Andador – 15 / Nenhum / Acamado / Auxiliado por Profissional de Saúde – 0

4. TERAPIA ENDOVENOSA: SIM – 20 NÃO – 0

5. MARCHA: Componível / Cambaleante – 30 / Fraca – 15 / Normal / Sem desequilíbrio, acimado, cambaleante – 0

de rotas – 0

6. ESTADO MENTAL: Supervalorativa/capacidade / Esquecer imediato – 15 / Orientado / Cigarr. quanto à sua capacidade / Limpidíssimo – 0

**PONTOS:**
**CONTROLE:**

 SEM RISCO  
— SR: 0-24

 BAIXO RISCO  
— BR: 25-50

 ALTO RISCO  
— AR: > 51

 TOTAL:  
CLASSIF.: \_\_\_\_\_

# LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

## REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
PACIENTE: Marcelo Pereira de Silva Nº PRONT. 481086 Nº LAUDO 2176

- ALTA HOSPITALAR  
 PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO  
 PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO  
 PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA  
 PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-DOADOR MORTO  
 TRANSFERÊNCIA  
 EVASÃO  
 ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

DATA: 03/07/18

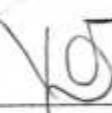
  
ASSINATURA DO MÉDICO

José Góes A.E.  
Gabinete do Dr.  
Diretor Geral do HU  
Prof. Zenon Rocha

AUDITÓR

DATA:



  
ASSINATURA DO AUDITOR



ID: 109600  
Paciente: MARCELO PEREIRA DA SILVA  
Idade: 023Y  
Sexo: M

Exame: 1625  
Exame: 10/07/2018



HPM



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 108629

PACIENTE: MARCELO PEREIRA DA SILVA

NOME DA MÃE: MARIA DAS CHAGAS PEREIRA

DATA DO NASCIMENTO: 18/08/1989

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 03/07/2018

DATA DO LAUDO: 18/07/2018

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA CLAVICULA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura cominuitiva, localizada na diáfise média da clavícula, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura cominuitiva, localizada na diáfise média da clavícula, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

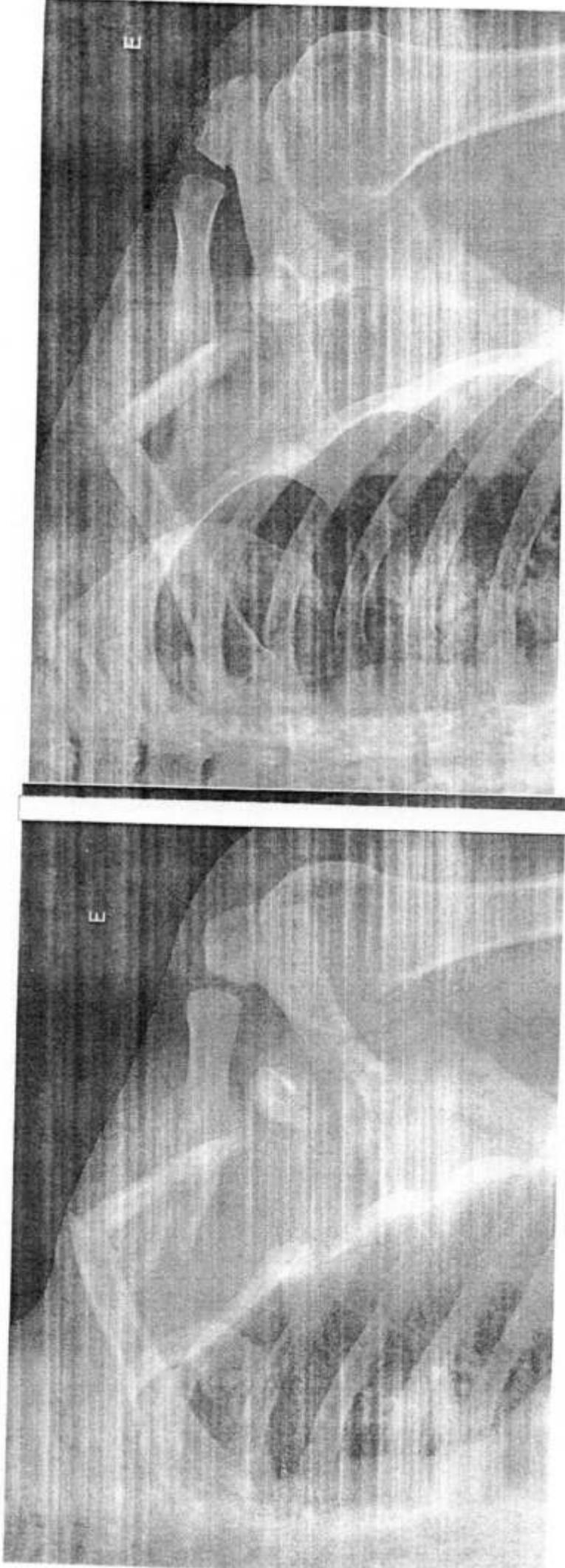
José Henrique Soares de Souza - 2º TENENT  
GPM 105798193-2 / Mat. 14455-9  
Setor do Arco do Tucano

Dra. Liege de Sampaio  
CRM-PI 4173

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO  
CRM: 4173

ID: 108629  
Paciente: MARCELO PEREIRA DA SILVA  
Idade: 028Y  
Sexo: O

HPN



Luis Henrique da Conceição Pinto - DPHN  
RGPM 105.138133-2 / Mat. 14455-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Hora: 16:00  
Exame: 04/07/2018

24/07/2018

Comprovante da alta

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA  
COMPROVANTE

Número do Laudo: **114395**

M221100001

Orgão Emissor:

Paciente: MARCELO PEREIRA DA SILVA

Nascimento: 18/08/1989

Procedimento:

0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

CID:

S420 - FRATURA DA CLAVICULA

Data da Solicitação: 03/07/2018

Data da

Autorização: 23/07/2018 14:50:28

AIH.: 2218100445561

Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR  
DIRCEU ARCOVERDE - HPM

Autorizador

Operador:

Atendimento (Data, Hora): 24/07/2018 16:03:18

Luis Henrique Vaz Gonçalves Bois - 20160111  
RGPM 105198193-2 / MaL 14455-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 114395

AIII: 2218100445561

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRECÇAO ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

## ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRECÇAO ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

## CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

707002851516738 MARCHIO PEREIRA DA SILVA

NASCIMENTO SEXO PRONTUÁRIO

18/08/1989

M

384338

## DOCUMENTO CPF TELEFONE NOME DA MÃE

MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA

RESPONSAVEL

CIP

ENDERECO - LOGRADOURO

MARIA RITA DI ABREU CARVALHO

NÚMERO / LOTE

## BAIRRO

ARIAS

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

UF

TERESINA

PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE EVOLUINDO COM FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA.

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
AS ACIMAPRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)  
RX

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL.  
S420 FRATURA DA CLAVICULACID 10  
SECUNDÁRIOCID 10 CAUSAS  
ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

## LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº  
DO CONSELHO))

 Luis Henrique Viana Teixeira 19/07/2018  
 RGPM 105192194-7 / Mat. 14455-9  
 Chefe do Setor do Arquivo Técnico  
 CRM:

## CARATER

URGÊNCIA

DATA  
SOLICITAÇÃO  
03/07/2018LEANDRO PONCE LEAL  
CRM: 167/8699841DATA ADMISSÃO  
03/07/2018 12:31DATA ALTA  
11/07/2018 15:03MOTIVO ALTA  
MELHORADO

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

## AUTORIZAÇÃO

## JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA		
AARAO CRUZ MENDES CRM: 13170547304	CRM:	CPF	CRM

## ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE

## AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendiment

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

702411

## Identificação do Paciente

5 - Nome: MARCELO PEREIRA DA SILVA

6 - Prontuário: 385338

7 - CNS: 707002851516738 8 - Nascimento: 18/08/1989

9 - Sexo: M CPF:

11 - Mãe: MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA

12 - Fone: 86-9.4515056

13 - Resp: MARIA RITA DE ABREU CARVALHO

14 - Cor: sem ident

15 - Ender.: RUA CARDIAL

1235 DISTRITO INDU 19 - CEP: 64027-567

17 - Cod. IBGE: 221100 18 - UF: PI RG: 24639-11

16 - Munic: TERESINA

19 - CEP: 64027-567

## Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente vítima de acidente com polivulciano  
fratura da clavícula.

21 - Condições que justificam a Internação:

As acima

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

Luis Henrique Vaz Pereira Reis 10/11/18  
RGPM 105.198.023-2 / Mat. 14405-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Rx controle.

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S420

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

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

FRATURA DA CLAVÍCULA

*E*

## Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

Tempo:

0408010150 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

2

29 - Clínica:

30 - Carater::

Ident.: 02

31 - Documento: 32 Doc. Med. Solic.

POSTO II

CPF

16778699841

33 - Nome Profissional / Assistente

LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:

03/07/2018

*Leandro Ponce Leal*  
Leandro Ponce Leal  
Ass. Cirúrgico Med. Solicitante  
CRM-PI 2048

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

CRM-PI 2048

36 - ( ) Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Serie

37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - ( ) Acidente de Trabalho Trajeto.

45 - Vínculo com a Previdência, ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado.

## Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizado

47 - Data Autorização.

48 - Documento

49 - Num. Documento

*Leandro Ponce Leal*  
Dr. LEANDRO PONCE LEAL  
Dir. Técnico do HPI  
CRM-PI 2048  
50 - Ass. Cirúrgico (RG Consell)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

*Maria Rita de Abreu Carvalho*

Usuário: ANA.ARAUJO  
Consulta Local:  
Consulta SUS: 277061849  
Impressão 12:31:59



**POLICIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**



**FOLHA DE INTERNAÇÃO**

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM  NÃO

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM  NÃO

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO		03/07/2018
Nome: MARCELO PEREIRA DA SILVA		Pront.: 385338
Nasc.: 18/08/1989 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO	
Atendimento: 702411	Enfermaria: POSTO II	ENF 214 LEITO
Pai:	Leito: 214	
Mãe: MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA		
RG: 2463911		
Residência:		
RUA CARDIAL Nr.: 1235 Cep: 64027567	Bairro: DISTRITO INDUSTRIAL	Cidade: TERESINA
	Telefone: 86 - 94515056	

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

Paciente vítima de acidente de fratura  
Clavícula esq

**DIAGNÓSTICO**

Provisório:

CID S420

Principal:

CID

Procedimento:

Sintomas e Sinais Principais

Dor e impotência funcional

Causa Médica

Histo - Patológico:

Dr. Henrique Vaz de Carvalho Ribeiro  
GPM 10510193-7 / Mat. 34405-9  
Chefe do Setor do Arqueiro Teixeira

**TRATAMENTO**

Tipo:

Terapêutica Médica

Operação

Eficácia

- Nenhuma
- Médico
- Cirurgia
- Médico Cirúrgico

Medicament

- Nenhuma
- Médico
- Cirurgia
- Médico Cirúrgico

**DURAÇÃO**

Data/Hora de Internação  
03/07/2018 22:46:48

Data da Alta:  
11/07/2018

Data da Hospitalização:  
/ /

**ALTA**

Saída

Transferência

Óbito

- Curado
- Divisão Médica
- Melhorado
- Por Indisciplina
- Inalterado
- Evasão
- A Pedido
- P. Ambulatório
- Internação p/ Diagnóstico

- Fisiologia
- Psiquiatria
- Outros

- Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
- Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
- Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE / /

Assinatura:

Higino Ponciano  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 2608

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone:(86)3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520  
CEP - 64014-090 - Teresina - PI CNPJ - 07 444 159/0002-25 - CMC 035 372-8



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 10 / 03 / 78  
Nº DO PRONTUÁRIO: 385338 SALA: 2  
CÓD DA CIRURGIA: 0906010150

Descrição da Cirurgia:

Pedi o codro em ferida  
ferida de abertura profunda  
bem limpa; desse o ferido  
tudo o edema no ferido  
ferida de placar e fechada  
ferido fechado

Cortes

Ld. Henrique Vaz Correia Ribeiro - Técnico  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14405-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Leandro Ponce Leal  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 2608

Cirurgia: Fratura de clavícula

Cirurgião: Leandro

1º Auxiliar: ACD: Iosandra

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: Tec. J. J. J.

Circulante: Tec. J. J. J. Marcia Rejane  
Téc. em Enfermagem  
COREN 850657-TE



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



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 10/01/18  
Nº DO PRONTUÁRIO: 300000150  
SALA: 3  
CÓD DA CIRURGIA:

NOME: Marielle Ferreira da Silva Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: M ASA: 1  
 PROCEDIMENTO: Extrato de Cereja Anticoag.: Lederle  
 CRURÍGICO: Síndrome AUX: Assistente ANEST.: Hemocaina ANESTÉSICO: Alcurônio  
 INSTAL.: Teste CIRUR.: DR SIC PÁTIO: 14-30 FIM: \_\_\_\_\_ SALA: 2  
 P.A.: 120/70 PESO: 50 kg GLICEMIA: 100 mg/dl CREATININA: \_\_\_\_\_  
 Respir: \_\_\_\_\_

Técnicas Avanzadas

## Commentaries & Discourse

<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Oftalmoscopia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PAM	<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> PTC	<input type="checkbox"/>
<b>Observações:</b>		
M <sub>1</sub> = 1 - 1		

MON	PAN	PVC		
Others	Others	Others	File	Message
Geographic	2 - 3			
M <sub>2</sub> O	2 - 4			

#### Management Information

Adversitatis	Amp	Datocicid	Amp	Mitsazolam	Fr	Propofol	ml	Amp
Ergo desct. 100	Amp	Drospirenone	Amp	Metronidazole	Fr	Ranitidina		Amp
Zopiclina	Amp	Eferit	Amp	Necocaina Pms 0,5%	Amp	Quindina		Amp
Isoniazida	Amp	Etoxim	Amp	Hucetin	Amp	Quinupriina	ml	
Metacapride	Amp	Endox. vfl	ml	Neurotropil 0,5%	Fr	Proteoferol		Fr
Cefotolina 10	Fr	Festam	ml	Nutidin	Amp	Quinupriina		Fr
Cefotolina	Fr	Fentanyl (B/C)	Amp	Neocutina 2% V	Fr	S. Flaviflora 0,01%	ml	Fr
Ciprofloxacin	Fr	Heliotana	ml	Neocatina 0,5% enjuar	Amp	S. Glicourica 5%	ml	Fr
Glonidina	Amp	Hidrocortisona	ml	Neostigmina	Amp	Scopolina*		Und
Colestole 1	Fr	Iosifuran	ml	Omeprazol	Fr	Tramal		Amp
Dexametasona	Amp	Jeles n°	Und	Ondansetrone	Amp	Thiail		Fr
Diazepam	Amp	Lidocaina % V	Fr	Polito Cat	Fr	Triptenina		Fr
Dicumar	Amp	Metoclopramida	Amp	Paracuronio	Amp			
Dipirona	Amp	Manitol	Fr	Profantid	Fr			

Hospital / Clinica / Anestesista-CRM

**EDUARDO GARCÉS OLIVEIRA NETO**  
Médico Anestesiologista  
CRM: 5541  
CPF: 055.011.093-91



(P-1) **FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA**

NOME DO HOSPITAL: \_\_\_\_\_

CONTATO FEITO COM: \_\_\_\_\_

CONFIRMADO A VAGA: SIM (✓) NÃO ( )

65 - 107.701

**I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME: Marcos Henrique da Silva

IDADE: 37 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

ENDERECO: Parque Afonso Celso - TE/085

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

**II - TRANSFERÊNCIA**

CLÍNICO ( )

CIRÚRGICO (✓)

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

"Acidente de moto,  
tive um soco e  
fui atingido."

EXAMES REALIZADOS:

"+ sobre o futebol  
d'água com dor no lado esquerdo."

DIAGNÓSTICO:

Sit. clínico ( ) / SUD-0  
oucr010150

TRATAMENTO REALIZADO:

"Inhalando"

Luis Henrique Pires de Lemos Alves - 29-TE/085  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14405-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

"Maior de febre" (HP)

DATA: 03/07/2015

Ass. e carimbo do médico

PRESCRIÇÃO  
MÉDICA





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**  
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 10763000126

NOME.....: MARCELO PEREIRA DA SILVA

MÉDICO SOLIC:

DATA LAUDO...: 18/07/2018

CONVÊNIO: INTERNO

**DATA REALIZ:** 10/07/2018

**IDADE:** 28 anos

**CRM:** -PI

**CÓDIGO:** 35794

**RX OMBRO ESQUERDO**

O estudo radiológico do ombro esquerdo realizado nas incidências em AP demonstra:

- Fratura no terço médio da clavícula fixada com placa e parafusos metálicos.
- Articulações acrômio-clavicular e gleno-umeral preservadas.
- Espaço subacromial conservado.
- Aumento de partes moles.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

**CONTROLE ORTOPÉDICO.**

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE  
Radiologia-1341-PI**

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

Telefone: (66) 3227-9265  
Fax: (66) 3216-1520

  
Dr. Henrique Visconde de Rezende 27/07/2018  
RGPM 105798193-2 / Mat. 14405-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180477987      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELO PEREIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 02/07/2018      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".

REcebido em: / / /

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

Nº 013390354629  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E FUNCIONAMENTO DE VÉHICULO  
 06971-94 - COD. NEVWAWU  
 57206 1 01149301578 — PERÍODO EXPIRADO:  
 10106 2018

ENDERECO: RUA NORBERTO FERREIRA, 1000 - BLOCO A - APARTAMENTO 101 - TERESINA - PI

NOME: FERNANDO CORREIA DE SOUSA

QUALIF.: 07664

SERIE: 55011

DATA: 04/06/2018

PLACA: 04359451300

CATEGORIA: OEG-5541

CLASSE:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: PLACA

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 04359451300

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 04359451300

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁSOL

MARCA/MODELO:

ANO FAB.: 2018

ANO MFG.: 2018

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

CÓD. CHASSIS:

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 16/04/2018

TIPO: OEG-5541

PLACA:

EXCEÇÃO: 9C6RG3110J0020771

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GÁ

		VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO NÚMERO	2.463.911	DIA DA EXPEDIÇÃO	25/07/18
RECORTE	MARCELO PEREIRA DA SILVA		
REGISTRO	MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA VALMIR PEREIRA DA SILVA		
RETURNA DO CORREIO	TERESINA-PI	DIA DE NASCIMENTO 18/08/1989	
DETALHES	CERT. NASC. 1242 L 2 F 12 EXP SÃO RAIMUNDO NONATO-PI 06/09/89 050.475.303-70		
Francisco das Chagas Pinheiro Marques LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 88.250/83			

~~DOCUMENTO ORIGINAL~~  
~~MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS~~  
Recebido em: 10/10/18





**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARCELO PEREIRA DA SILVA		Prontuário: 481086
Mãe: MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA	Pai: VALMIR PEREIRA DA SILVA	
End. Resid.: RUA CARDIAL 1235 - PARQUE AFONSO GIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 18/08/1989	Idade: 28 a 10m15d	Sexo: Masculino Fone: 86-99451-5056
Responsável: O MESMO	CNS: 707002851516738	
Profissão: CONFERENTE	CPF: 050.475.303-70 * RG: -	
Instituição: Médio Completo MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS	E.Civil: Solteiro(a)	
Local.: - - -	Received on: 10/10/18	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 672496	Data: 02/07/2018 12:29:32	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
cid.Trab.: Sim	Trajeto?: Sim	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

- vítima de acidente motociclistico há 1 hora, com impacto na cintura escapular. Usava capacete.
  - Apresenta dor e deformidade na clavícula.
  - EF: supínico, sem espasmo; clavícula 15, estável; aliviado de dor; pulso estável; desambulando normalmente;
- A Clavícula ( ) e instalação de  
espicídeo

PA mmHg | Pulso: | FC: bpm | Temp: °C

Dispositivo Inicial:

**Fratura de clavícula**

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Transtadol 100mg + 100mL SF - EV
- Dipirona + ampolas - EV
- Sólicito radiografias;

RAIO-X REALIZADO

DATA 02/07/2018

Técnico:

ULTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Original
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> DATA SAÍDA: / /
	<input type="checkbox"/> A Pedido		HORA: : :

<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
Proced. Solicitado:
0408010150
CID Compatível:

<input checked="" type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família
ÓBITO: <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML
<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto  
Médico Ortopedista  
CRM-PI 2054

Prof. Solicitante  
Internação:

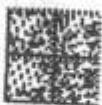
Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

X maria Rita de Abreu convalho  
Assinatura Paciente ou Responsável



Código do Cliente  
1 504 454 971

Página: 1  
Lançamentos referente ao período  
03/08 a 02/09/18



214088927

CTCE FORTALEZA CE PLT  
FABIANA BORGES MAIA DA SILVA  
R CINCO 1140  
AREIAS  
64027-658 TERESINA - PI



7214028638 02010 00000025901 30 220618

Esta fatura foi fechada em

**20 AGO 2018**

Valor total

R\$

**130,41**

Vencimento

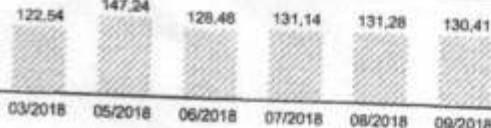
**03 SET 18**

Entre outras: pagamento e dia do vencimento

**RESUMO**

	R\$
<b>Saldo da fatura anterior</b>	<b>0,00</b>
Lançamentos Variáveis	2,78
Banda Larga	127,63
<b>Total</b>	<b>130,41</b>

**Histórico de faturas**



Para mais detalhes, consulte o verso deste demonstrativo.  
A falta de pagamentos de fatura implicará no corte do sinal após 15 dias,  
além de juros de 1% ao mês e multa de 2% sobre o valor.

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS  
Recebido em: 10/10/18



Consulte sua  
fatura e gare  
o código de  
borras pelo app



Consulte a sua fatura online.  
É simples e rápido!



Baixe o app Minha Sky no  
Google Play ou App Store

Acesse:  
[sky.com.br/minhasky](http://sky.com.br/minhasky)

Fatura nº  
**400487377473**

X

Saldo total para pagamento. Sua fatura SKY ainda não está cadastrada como débito automático, para alteração contate os canais de atendimento  
SKY em [WWW.SKY.COM.BR](http://WWW.SKY.COM.BR)

### **Declaração do Proprietário do Veículo**

Eu, Fernando Corrêa de Sonda,  
RG nº 2721900, data de expedição / /,  
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 043.394.513-06, com  
domicílio na cidade de Terezina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Cima, 1140, Anísias, CEP: 64027-658, nº \_\_\_\_\_,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Marcelo Pereira da Silva, cujo o condutor era  
Marcelo Pereira da Silva.

Véhicule: voiture

Véiculo: mts 40.  
Modelo: Yamaha YBR 150 Factor e.  
Ano: 2018 - 2018.

Ano: 2018-2019

Placa: OEF 551

Chassi: 9L6A631030020771,  
Data do Acidente: 02.07.2018

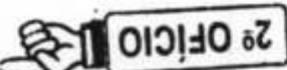
Local e Data:

*—See **8 Data.***

~~Tinsina~~, 1/30/28

## Enviando Comis de souo

**Assinatura do Declarante**



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

"DOCUMENTO ORIGINAIS"  
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS  
Recebido em: 10/10/18