



Consultório Médico

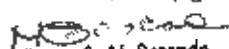
Maria Teresa Sousa Mendes Rezende

Clinica Geral - CRM/PJ 1455
CPF 220.481.083-34

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins, que
Flávia de Oliveira, foi vítima de
acidente de moto em 13.01.18,
com trauma grave no punho E,
com fratura completa da metacarpi-
fise distal do rádio, fratura com-
pleta da diáfise distal da ulna
e fratura nas consolidação do
processo estilóide ulnar (em Rx
feito em 26.08.18) As fraturas fo-
ram expostas. Foi submetido →
CID: S52.6

02.10.18


Drª Maria Teresa S. M. Rezende
MÉDICA
CRM. 1455 / PJ

TELE-SAÚDE

Fones: (86) 99559-1996 / 99582-1749

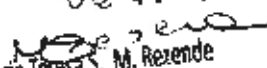
PJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 NOV 2018

DPVAT

e cirurgia com colocação de placas
metálicas. Atualmente as fraturas
estão desalinhadas e parte nas conso-
lidade. Alta definitiva após 90
dias. O paciente apresenta, no mo-
mento de formidade do punho, atro-
fia muscular ++/4+ do antebraço E,
rigidez do punho, déficit funcio-
nal da mão, com parestesia de
dois dedos (3º e 4º). As atividades
da vida diária, estas prejudica-
das em 60%.

Obs: laudo de Rx do punho e espue,
do anexo (26.09.18)

02.10.18

Dr. Maria Teresa S. M. Rezende
MÉDICA
CRM. 1455 / PI



PACIENTE: FLAVIO DE OLIVEIRA

MÉDICO SOLICITANTE: SEM SOLICITACAO

IDADE: 26A 3M 20D

SEXO: M

PEDIDO: 476494

CÓD. PAC.: 571018

DATA: 26/09/2018



Ultra-X

Credenciado em diagnósticos médicos

RADIOGRAFIA DIGITAL DO PUNHO ESQUERDO

RELATÓRIO:

- Redução da densidade óssea regional.

- Sinais de fratura pregressa consolidada da região metaepifisária distal do rádio com deformidade, esclerose e leve angulação anterior do seu fragmento distal.

- Fratura completa da região diafisária distal da ulna com desalinhamento dos seus fragmentos.

- Fratura completa simples não consolidada do processo estilóide ulnar.

- Demais superfícies e espaços articulares conservados.

- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

- Ausência de calcificações peri-articulares.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Osteopenia regional.

- Sequela de fratura pregressa consolidada da metaepifise distal do rádio com deformidade e leve angulação anterior do seu fragmento distal.

- Fratura completa da diafise distal da ulna com desalinhamento dos seus fragmentos.

- Fratura completa simples não consolidada do processo estilóide ulnar.

DR ANTONIO LOBAO VERAS FILHO

RADIOLOGISTA

CRM: 2697

Emitido em: 27/9/2018 às 9:14 - Pedido: 476494 - Paciente: FLAVIO DE OLIVEIRA

Página 1 de 1

Dr. Alessandro S. Mota
CRM-4337

Dr. Ana R. C. Cavallero
CRM-1071

Dr. Antônio Lobão V. Filho
CRM-1692

Dr. Caio C. D. Costa
CRM-1039

Dr. Cláudio A. B. Pádua
CRM-2034

Dr. Francisco C. de S. Alves
CRM-1062

Dr. George C. Rodrigues
CRM-2881

Dr. Gisele M. E. de A. C. Soares
CRM-3012

Dr. Ivete M. Assis
CRM-4849

Dr. Raul L. L. Mendes
CRM-3172

Dr. Sueli R. M. H. Silva
CRM-3160

Dr. Tereza D. Costa
CRM-4724

Dr. Joyce Brito
CRM-4659

Dr. Luciano P. Dias
CRM-1084

Dr. Ernesto de O. Pereira
CRM-1183

Dr. Roberto W. N. Dornas
CRM-2480

Dr. Tereza C. Oliveira
CRM-5434

Dr. Thiago M. Barbosa
CRM-2562

• ULTRA-X CENTRO - Rua Anísio de Abreu, 596, Centro/Sul

• ULTRA-X JOCKEY - Rua Angélica, 318, Jockey

• ULTRA-X MEDICAL LESTE - Av. Aviador Irapuã Rocha, 1436, 2º andar, Jockey

3194.5555

clinicaultrax.com

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.324.231

DATA DE EXPIRAÇÃO 26/05/09

FLÁVIO DE OLIVEIRA

ISABEL MARIA DE OLIVEIRA

TERESINA-PI

07/06/1992

GENT.NASC. 233373 L A288 F 312

EXP TERESINA-PI 03/01/96

LEI Nº 7.116 DE 26/08/93 - DECRETOS Nº 69.250/93





NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

Paciente: FLAVIO DE OLIVEIRA

Nascimento: 07/06/1992

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 MAI 2018

DPVAT

Laudo Médico

Atesto que paciente supracitado, vítima de acidente de trânsito, apresenta seqüela de fratura de rádio e punho esquerdo, tendo sido tratado cirurgicamente. Paciente evolui de maneira definitiva com limitação funcional de punho esquerdo de 70%.

CID-10: S525/ M245/ M625/ M191

Dr. Glauson Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-P1 2775 / TEOT 10604

Teresina, 09/05/2018

Dr. GLAUSON TUQUARRE NASCIMENTO
CRM 2775

Clinica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurologia
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Ccp: 64.001-330
Fone/Fax: (86) 3221-6174 / 3131-6666 • www.neoclinica.net.br

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO VICTOR MARTINS LIMA,

RG nº 3433431, data de expedição 10/10/16,

Órgão SSP-RS, portador do CPF nº 061.114.473-5, com

domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUADESA 88 CASA-05 BAIRRO SACY, 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 Flávio de Oliveira, cujo o condutor era

Flávio de Oliveira.

Veículo: HONDA/CG 125 FAN KS

Modelo: 2013 motocicleta

Ano: 2013

Placa: 00D-1492

Chassi: 9C2JC4110D2J10390

Data do Acidente: 13.03.18

Local e Data: 13/01/2018 Teresina - PI

2º OFÍCIO 13

Antonio Victor Martins Lima

Assinatura do Declarante

FLÁVIO DE OLIVEIRA

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

ORIGINAL

PI CORRETORA DE SEGUROS

19 ABR 2018

DEVAT

2º Tabelionato de Notas e Registro de Imóveis - 3ª Circunscrição - Teresina - Piauí
Teresina-PI - CEP 64.048-002 / fone: (085) 3304-2199 email: cartorio@teresianapi.com
Dirº Marytara de Oliveira Sousa - Tabelão Inteiro - Portaria nº 398/2017 - P.1/PCGJ/EXPCJ Teresina-Piauí

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO VICTOR MARTINS LIMA

EM TEST. 4 DA VERDADE DOU FE. TERESINA, 01/03/2018 10:29:48

LARISSA FREITAS SOARES DA COSTA - ESCRIVENTE
Empol. 3.71 T.J. 0.74 Selo 0.25 Total: 4.70

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas, Registro e Judiciais

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº AB8-003890

2º Tabelionato de Notas e Registro de Imóveis - 3ª Circunscrição - Teresina - Piauí

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/001-89 IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 87, Resolução 456/2000 da ANEEL

NF: 718916

FLAVIO DE OLIVEIRA

RUA SÃO MIGUEL, Nº 4595 B-SANTA LUZIA

CEP: 64.085-030

TERESINA-PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
0645463-0	09/2018	21/08/2018 a 21/09/2018
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
130	25/09/2018	R\$ 59,75

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

(86) 9.9404-4764 (86) 9.8405-3573
 (86) 9.8867-8941 (86) 9.9857-3724
 (86) 9.9851-3238

recorte aqui

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**Eletrobras**

Distribuição Piauí

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
0645463-0	09/2018	R\$59,75

836200000005.544900170009.000000003988.675609150056





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local de Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Ponto de referência	13 Nome			
Dados do Paciente	14 Idade	15 Sexo	16 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		
	17 Tipo de ocorrência	18 Outros			
Tipo de Ocorrência	01 - Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros	
	02 - Agressão física-espantamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica	17 - Já removido	
Acidente de Transporte	03 - Agressão física-FAF	08 - Afogamento	13 - Urgência obstétrica	18 - Falso chamado	
	04 - Agressão física-FAB	09 - Queimadura	14 - Transferência		
Exame Físico	05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico	15 - Exames complementares		
	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
Assistência	23 Glasgow =	24 Resposta verbal	25 Resposta motora	26 Sinais vitais	
	27 Pupilas	28 Escala de dor de 0 a 10	29 Dor	30 Local da lesão	
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	35 Observações Interdisciplinares				

2051117

CREDISHOP

FLAVIO DE OLIVEIRA
RUA SAO MIGUEL, 4595-1
SANTA LUZIA - 0
TERESINA - PI-PI 64020010

Teresina, 27 de Março de 2015

Prezado Associado,

Bem-vindo ao mundo das Compras! Bem-vindo ao Credi-Shop, o jeito fácil de comprar!

Você está recebendo o cartão Mais Fácil SETUT/CREDISHOP. Este é um cartão de múltipla utilidade e servirá como meio de pagamento da passagem nos ônibus urbanos de Teresina-PI, substituindo o Vale Transporte, como também você poderá utilizá-lo como Cartão de Crédito nas lojas credenciadas da rede Credishop.

Atenção: Para que você possa utilizar a função cartão de crédito, você deve comparecer à loja da Credishop com os seguintes documentos:

- Carteira de Identidade
- CPF
- Comprovante de Residência

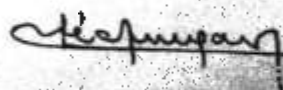
Abaixo, estão relacionados, seu Limite de Crédito e o Dia de Vencimento de seu Extrato Mensal.

Valor do Limite de Crédito: R\$ 200,00 Rotativo ou R\$ 300,00 Parcelado
Dia de Vencimento do Extrato: 6

Para qualquer esclarecimento, ligue para nossa Central de Atendimento 24h pelos telefones:

2106-1234 - Residentes em Teresina e Timon
0800-707-1234 - Residentes em outras localidades

Atenciosamente,



Aécio Magalhães
Credi-Shop S/A

CORRETORA
DE SEGUROS

19 ABR 2015

FEVAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000819/2018-72

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 02/03/2018 - 10:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. LINDOLFO MONTEIRO C/ RUA PROF. MADEIRA CAMPOS, Nº:

Complemento

Bairro

HORTO FLORESTAL

Data/Hora

13/01/2018 - 15:00

Ponto de Referência

POR TRAZ DA DINOLÂNDIA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FLÁVIO DE OLIVEIRA

RG: 3.324.231 PI

Mãe: ISABEL MARIA DE OLIVEIRA

Endereço: RUA SÃO MIGUEL, Nº 4595

Bairro: SANTA LUZIA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9432-0382

Tipo Envolv.: VITÍMA/Noticiante


NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA QUD-1492-PI, COR PRETA, RENAVAM 00519412150, PROP. DE ANTONIO VICTOR MARTINS LIMA, E QUE TRAFEGAVA PELA RUA PROF. MADEIRA CAMPOS, QUANDO SE ENVOLVEU EM UM ACIDENTE COM UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA PELA AV. LINDOLFO MONTEIRO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 142731). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.


Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA


FLÁVIO DE OLIVEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

ORIGINAL

COPIA CORRETORES DE SEGUROS

19 ABR 2018

Delegado de Polícia

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

CPF da Vítima

Data do Acidente

Flavio de Oliveira

053 649 43345

13.01.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(86) 88657066

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 atenda 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.

ORIGINAL

Brencia 18 de Abril de 2018

Local e Data

SECRETARIA
DE SEGUROS

19 ABR 2018

DPVAT

FLAVIO DE OLIVEIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180177847**

Vítima: **FLAVIO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **13/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180177847**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 022*206 (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: **053 649 413 45** CPF da Vítima: **053 649 413 45** Nome completo da vítima: **Flávio de Oliveira**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **Flávio de Oliveira** CPF titular da conta: **053 649 413 45** Profissão: **reser**
Endereço: **Rua São Miguel** Número: **4595** Complemento:
Bairro: **Santa Luzia** Cidade: **Beruna** Estado: **Piauí** CEP: **64020-040**
Email: **(86) 8865 7086** Telefone (DDD):

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO: **0004** D/V: **01300072868**
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: **CAIXA** NRO: **0004** D/V: **01300072868**
(Informar dígito se existir)

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

Beruna 19 de Abril de 2018
Local e Data

FLAVIO DE OLIVEIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2018

Carta nº: 12873550

A/C: FLAVIO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180177847
Vítima: FLAVIO DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 13/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **FLAVIO DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002004**

Conta: **0000072868-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180177847**

Vitima: **FLAVIO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **13/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180177847**.

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

Carta nº 12696996



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DE OLIVEIRA**
Nº Sinistro: **3180177847**
Vitima: **FLAVIO DE OLIVEIRA**
Data do Acidente: **13/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180177847**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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: 21/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FLAVIO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000072868-2

Nr. da Autenticação B6125B3CAF3CD152

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180177847 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 13/01/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO + FRATURA DISTAL DE ULNA DISTAL ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: PERDA MÉDIA DA MOBILIDADE DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA MÉDIA DA MOBILIDADE DO PUNHO 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: KARLA SUELY MALHÃES DE SOUZA

CRM do médico: 52.52099-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Karla Souza

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138930/18

Número do Sinistro: 3180177847

Vítima: FLAVIO DE OLIVEIRA

CPF: 053.649.413-45

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 13/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FLAVIO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

FLAVIO DE OLIVEIRA : 053.649.413-45

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: 12/11/2018

Nome: FLAVIO DE OLIVEIRA

CPF: 053.649.413-45

FLAVIO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018

Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180177847 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 13/01/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO .

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO .

Documentos complementares:

Observações: **APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 17/05/2018 , EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.
*PERDA EM GRAU MÉDIO DA MOBILIDADE DO PUNHO ESQUERDO.

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: 3180177847 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 13/01/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO .

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO .

Documentos complementares:

Observações: **APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 17/05/2018 , EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.
*PERDA EM GRAU MÉDIO DA MOBILIDADE DO PUNHO ESQUERDO.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180177847 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 13/01/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO + FRATURA DISTAL DE ULNA DISTAL ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO E EXAMES DE IMAGEM DE CONTROLE COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO.

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: KARLA SUELY MALHÃES DE SOUZA

CRM do médico: 52.52099-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Karla Souza

CARTA DE REANÁLISE

SINISTRO: 3180-1778, 47

Eu, Flávio de Oliveira,

Portador do RG nº 3324234, e CPF nº: 033.649.413-45

Endereço: RUA SÃO MIGUEL, nº 4595

Bairro: STª LUZIA, Cidade: TERESINA UF PI.

Senhores analistas, venho por
meio desta carta, solicitar a
reanálise do meu processo, pois
estou com dúvidas que estão
com o pagamento, conforme o LAUDO
MÉDICO, JUNTAMENTE COM O RIMÓ X
ATUALIZADO, decorrente de um acidente
de trânsito sofrido por mim.

Local e Data: TERESINA (PI), 05/10/2018

X FLAVIO DE OLIVEIRA

(Vítima)



HOSPITAL DR. MIGUEL COUTO

FHT



Teresina

NOME: FLAVIO DE OLIVEIRA

NASCIMENTO: 07/06/1992

MÉDICO SOLICITANTE: FRANCISCO DAS CHAGAS

DATA DO EXAME: 31/01/2018

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Controle pós-operatório de osteossíntese no rádio distal com fios metálicos.

Fratura completa, desalinhada, na diáfise distal da ulna.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Redução difusa da densidade mineral óssea.

*Correlacionar com dados clínicos.

Dr. Mayra Viana de Sousa Costa
RADIOLOGISTA - CRM 1124

HOSPITAL DR. MIGUEL COUTO

FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



Teresina

NOME: FLAVIO DE OLIVEIRA

NASCIMENTO: 07/06/1992

MÉDICO SOLICITANTE: FRANCISCO DAS CHAGAS

DATA DO EXAME: 31/01/2018

RADIOGRAFIA DO MÃO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Controle pós-operatório de osteossíntese no rádio distal com fios metálicos.

Fratura completa, desalinhada, na diáfise distal da ulna.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Redução difusa da densidade mineral óssea.

*Correlacionar com dados clínicos.

Dra. Naira Viana da Silva Costa
RADIOLOGISTA - CRM 5328

Rua Antonio Cayour de Miranda, 357 - Monte Castelo, Teresina-PI, CEP 64017-310.
CNPJ 17.577.205/0011-09 Telefone: 86 3215-9123



Alto

**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Elaria de Azeiteira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 142 731

SECRETARIA
DE SEGUROS

19 ABR 2019

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

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Pódenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-970 CNPJ: 06.522.917/0022-02

Imp: 13/01/2018 16:05:52

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: **FLAVIO DE OLIVEIRA** Prontuário: **142731**
Mãe: **ISABEL MARIA DE OLIVEIRA** Pai: _____
End. Resid.: **RUA SÃO MIGUEL 456 - SANTA LUZIA - TERESINA - PI - CEP: 64010-010**
Nascimento: **07/08/1992** Idade: **25a:07:6d** Sexo: **Masculino** Fone: **86-99539-5187**
Responsável: **O MESMO** CNS: **89800488125477**
Profissão: **SOCATIRO** Documento: **RG: 3.324.731 - SSP/PI**
G. Instrução: **Fundamental Incompleto** E. Civil: **Solteiro(a)**
End. Local: _____

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: **645969** Data: **13/01/2018 16:05:52** Condução: **SEM CONDIÇÃO DE COND**
Motivo da Procura: **ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)** Convênio: **SUS**
Acid. Trab.: **SIM** Acid. Trajeto: **SIM** Acid. Trab. Típico: **NÃO** CID Secundário: **V139**

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: **QUEIMAS** Evento Principal: **Queimadura de trauma siga. flaccida** Destino: **CIRURGIAO GERAL** Classificação: **Laranja**
Exame Histórico: **QUEIMADURA DE TRAMA SIGA FLACCIDA** Profissional Cias. Risco: **MELENIA, CARLA DE SOUZA COSTA - 807364**
Data: **13/01/2018 16:05:52**

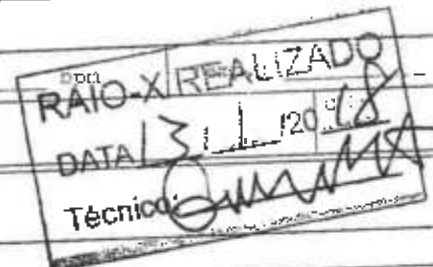
DADOS CLÍNICOS: (Hora: _____)

Paciente vítima de acidente motociclístico cerca das 15 horas, com
três áreas plásticas, sem uso de cinto curvel, lesões em
peleto dorso, punho esquerdo, punho esquerdo sob aspecto de
fratura exposta. glesgueu 15; sem sinais de sangramento ativo
no momento, abd indolor à palpção; AEP sem alterações.

PA _____ P. _____ pulso: _____ FC: _____
Sinais vitais: _____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES

Exame no Centro Cirúrgico
Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologista Ortopédico
CRM-PI 4792 TETO 12501



MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: _____ HORA: _____ Procedimento: _____

Sabrina Barbosa dos Santos
Assinatura Paciente ou Responsável

Joice Anne Lima Leite
Médica
CRM-PI 3495
Assinatura - Profissional Médico

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tiro 1820 - Redenção - Fone: 36 3229 4872

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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 13/01/2018 16:05:52

(HELENILSA)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FLAVIO DE OLIVEIRA		Prontuário: 142731
Mãe: ISABEL MARTA DE OLIVEIRA	Pai:	
End.Resid.: RUA SAU MIGUEL 4565 - SANTA LUZIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 07/06/1992	Idade: 25a:7m:00	Sexo: Masculino Fone: 86-99839-3186
Responsável: O MESMO	CNS: 59800459129577	
Profissão: SOFETEIRO	Documento: RG: 3.324.231 - SSP/PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 645969	Data: 13/01/2018 16:05:52	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U B

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 13/01/18	ESPECIALISTA: <i>Ortopedia</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>Refere acidente com trauma de membro superior; no momento da lesão, dificuldade e dor para movimentar o membro com exposição de ferida aberta no punho e dor, com inchaço e alteração de coloração.</i>	
<i>RX - Fratura da Estremitate Distal do Radio e Ulna e Fratura da porção ulnare da ulna D</i>	
Marcos Vitor P. de Carvalho Filho Traumatologia Ortopédica CRM: 10974792 e RBO4162504 Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__*Col: encaminhado ao Centro Unipro para controle da dor - MSF*

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

PRESCRIÇÃO MÉDICA

2018/05/05

NOME DO PACIENTE	DATA/HORA CÓDIGO	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AR. TITO	MÉDICO ASSISTENTE
Flavio da Oliveira		142731	Ortopédica	03-1-1978	JOSIMAR E
PRESCRIÇÃO MÉDICA			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
			HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	
13	01	10			2:30 - Obediente em NV de LMC + medicação com fisio e queixas de dor. Nunca é o nível de punção, vibração de acidez no fartado, comecinho dormido; pulso, capilar em apêndice: negrão branco; entusiasmo de alaropias, medicamentosos, exen NV perigoso com João nova, crenetico negro <i>João Elia</i> CONV-693670
1 DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO					
2 SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/MIN					
3 RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H					
4 CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H					
5 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H					
6 TILÁTIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H					
7 TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN					
8 CURATIVO					
9 CCGG + SSVV					
10 gasta usua 80g 3pa 100 80a					
ED 1x pa					
RAIO-X REALIZADO					
DATA 13/01/2018					
Técnico: <i>[assinatura]</i>					

65 44 14



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 13 / 04 / 18

NOME DO PACIENTE: Flavio de Oliveira	PRONTUÁRIO Nº: 14731
DIAGNÓSTICO: L.M.C + Fixação de torniquete	
ANESTESIA: Bloqueio	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Fco dos Chagas	CPF Nº: _____
AUXILIAR: Estudante	CPF Nº: _____
ANESTESIA: Níxon	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: Solange	CPF Nº: _____

Fco dos Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3320

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOI.	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	06	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		escova	03		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				leito do	05		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				crepom	03		
CAT. GUT. CROMADO C/AG				coater 02	01		
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFII.							
MONONYLON 3.0	03						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Gelulene			
PROLENE							

CONTROLE DE MATERIAL
TERESINA - 13/04/18
FERNANDA MACANHO



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Fabio de Oliveira

Diagnóstico pré-operatório Furto exposto de punho

Operação - Tipo Furto de punho de punho e punho

Cirurgião Fco dos Chagas

1º Assistente Estudante

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a) Schlang

Anestesiologista

Nilton

Anestesia

Bloguio

Anestésico(a)

Data da Operação 13/01/10

Início

17:30

Fim

18:20

Diagnóstico Pós-operatório

Furto de punho de punho
de punho de punho

Relatório Imediato do Patologista

1. Punho de punho e punho
de punho de punho
de punho de punho

Acidente Durante a Operação

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

1. Punho de punho de punho

de punho de punho

de punho de punho

de punho de punho

de punho de punho

de punho de punho

de punho de punho

de punho de punho

de punho de punho

HUT-SAVE
CONFIRMADO
TERESINA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

Fco dos Chagas
Ortopedia e Traumatologia
CRM-F 13920