



# Consultório Médico

Maria Teresa Sousa Mendes Rezende

Clinica Geral - CRM/PI 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 de metacapi-  
fício distal do rádio, fratura com-  
pleta de diáfise distal da ulna  
e fratura nas consolidações do  
processo estilóide ulnar (em R+  
feito em 06.08.18) As fraturas fo-  
ram expostas. Foi submetido a  
CID: S52.6

02.10.18

*Maria Rezende*  
Dra. Maria Teresa S. M. Rezende  
MÉDICA  
CRM. 1455 / PI

● TELE-SAÚDE

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

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

10 NOV 2018

DPVAT

e converte com coloções de pinos metálicos. Atualmente as fraturas estão desfinhadas e ponte não consegue lidar. Alta definitiva após 90 dias. 100% percente apresenta, no momento de formidade do punho, estreite muscular + 1/4 da entalhe, rigidez do punho, deficit funcional de mov., com perestesia de dois dedos (3º e 4º). As atividades de vida diária, estes prejudicadas em 60%.

OBS: Louvo de Rx do punho e spuer, do encontro (26.09.18)

02.10.18  
M. T. R.  
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**

Créditado 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 metaepífise 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. Alexandre S. Mahr

CRM-4337

Dr. Adel C. Corrêa

CRM-3071

Dr. Adel Lobo P. Filho

CRM-1492

Dr. Celso C. Queiroz

CRM-2039

Dr. Francisco C. de S. Neder

CRM-3042

Dr. Geraldo C. Andrade

CRM-2221

Dr. Geraldo E. de A. C. Soárez

CRM-3012

Dr. Henrique Araújo

CRM-4849

Dr. Henrique L. Mendes

CRM-5172

Dr. Henrique R. M. H. Brito

CRM-3240

Dr. Joyce D. Cesar

CRM-4724

Dr. Joyce M. Bittar

CRM-4659

Dr. Luciano P. Díez

CRM-1084

Dr. Lucivaldo O. Ferreira

CRM-1161

Dr. Robert P. M. Dorneles

CRM-2460

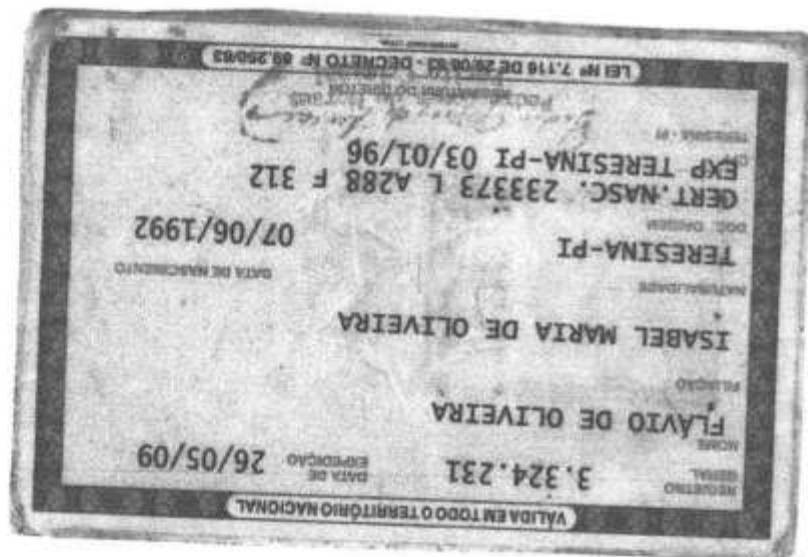
Dr. Tatiane C. Cipriano

CRM-5454

- **ULTRA-X CENTRO**® - Rua Antônio 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



RECIBO  
DE PESSOAS  
DE SEGUROS

10 APR 2013





# NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

Paciente: FLAVIO DE OLIVEIRA

Nascimento: 07/06/1992

RJ CORRETORA  
DE SEGUROS

09 MAI 2018

DPVAT

## Laudo Médico

Atesto que paciente supracitado, vítima de acidente de trânsito, apresenta sequela 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. Glaucon Nascentes  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI 2775 / TEOT 10604

Teresina, 08/06/2018

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 • Cep: 64.001-330  
Fone/Fax: (86) 3221-6174 / 3131-6666 • [www.neoclinica.net.br](http://www.neoclinica.net.br)

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio Victor Martins Lima,  
RG nº 3433431, data de expedição 10/10/16,  
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 061 114.473-5, com  
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piáui, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Avneu 88 CAGD-05 SAICED SACY, nº \_\_\_\_\_,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado 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/C6 125 FAN KS  
Modelo: 2013 motocicleta  
Ano: 2013  
Placa: 0UD-3492  
Chassi: 9C2JC4110D2110390  
Data do Acidente: 13.03.18  
Local e Data: 13/10/2018 Teresina - PI



Antônio Victor Martins Lima

Assinatura do Declarante

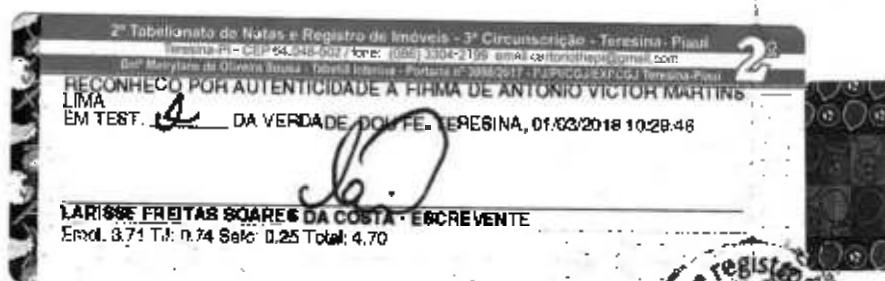
Flávio de Oliveira

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

*ORIGINAL*  
CORRETORA  
DE SEGUROS

19 ABR 2018

DEPAT





**Eletrobras**

Distribuição Piauí

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ**  
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, N° 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) 9.9404-4769 (86) 9. 8105-3593  
 (86) 9. 8867-8941 (86) 9. 9357-3924  
 (86) 9. 9851-3238

**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





Dados do Chamado		01 N° do chamado 1636	02 Data do chamado 13/04/18	03 PRO ( código ) 4259	04 Saída do PA	05 Chegada ao local 15-13			
Local de Ocorrência		06 Saída do local 15-44	07 Chegada ao 1º hospital 16-15	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	10 Endereço Av. Lindolfo Montoro			
Dados do Paciente		11 Bairro Floriano	12 Município Floriano	13 Ponto de referência Praça Nazaré da	14 Nome Flávio de Oliveira	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado			
Tipo de Ocorrência		16 Idade 35	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 7 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	19 ABR 2018
Exame Físico		23 Glasgow = ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX Sat02	25 Local da lesão 1 2	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 P脉 1 - Radial 2 - Central 3 - Ausente 1 - Cheio 2 - Fino	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	30 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa
Assistência		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 3 - Antes do socorro 4 - Antes do transporte 5 - Durante o transporte	35 Observações Interdisciplinar Vítima de colisão corpo com motocicleta, apresentando fratura exposta em ponto e ferro galvânico em punho, dor, punho D. Colhente, orientado, farto, ambulante. Ele mesmo retirou capote e levou 10x10x10, sem risco de transm. em cabeça e coluna. Negativo H1S e alergia medicamentosa.			
Responsável pela recepção		Socorrista Médico AE/TE	Enfermeiro	Condutor					

**FLAVIO DE OLIVEIRA**  
RUA SAO MIGUEL, 4595-4  
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**.

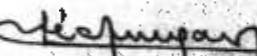
**Valor do Limite de Crédito: R\$ 200,00 Relativo ou R\$ 300,00 Paralelo**  
**Dia de Vencimento do Extrato: 6**

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

19 ABR 2018

Atenciosamente,



Aécio Magalhães  
Credi-Shop S/A



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000819/2018-72

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Rasp. 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

Data/Hora

13/01/2018 - 15:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

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

Complemento

Bairro

HORTO FLORESTAL

Ponto de Referência

POR TRAZ DA DINOLÂNDIA

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FLÁVIO DE OLIVEIRA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

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

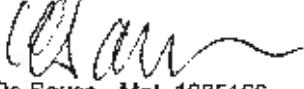
### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

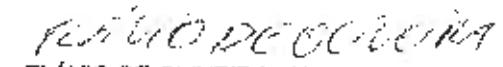
Natureza(s) da Ocorrência

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 00519412160, 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

Delegado de Polícia

  
ORIGINAIS

  
AGÊNCIA DE SEGUROS

19 ABR 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

*Flávio de Oliveira*

CPF da Vítima

*053 649 43345*

Data do Acidente

*13.01.2018*

#### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

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*

SEGURADORA  
DE SEGUROS

*Recife, 18 de Abril de 2018*

*19 ABR 2018*

Local e Data

*DPVAT*

*Flávio 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**



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

053 649 413 45

Nome completo da vítima

Glávio de Oliveira

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

Nome completo

Glávio de Oliveira

CPF titular da conta

053 649 413 45

Profissão

professor

Endereço

Rua São Miguel

Número

1595

Bairro

Santa Lúcia

Complemento

Cidade

Curitiba

Estado

Paraná

CEP

61020 040

Email

Telefone (DDD)

(86) 8865 7086

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**

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
0004	013000728813		
(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Inserir dígito se existir)

(Inserir 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.

 PJ CORRETORA  
 DE SEGUROS

 Foz do Iguaçu, 19 de Abril de 2018  
 Local e Data

19 ABR 2018

 Glávio de Oliveira  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2018

Carta n°: 12873550

A/C: FLAVIO DE OLIVEIRA

**Nº Sinistro:** 3180177847  
**Vitima:** 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:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>1.687,50</b>

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

**Graduação: Em grau médio 50%**

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

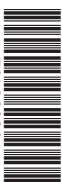
**Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50**

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](http://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**

---

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 LIDER 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](http://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: 00000072868-2

---

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

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO + FRATURA DISTAL DE URNA 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## 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:**



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138930/18

**Número do Sinistro:** 3180177847

**Vítima:** FLAVIO DE OLIVEIRA

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

**CPF:** 053.649.413-45

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FLAVIO DE OLIVEIRA

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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](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: 12/11/2018  
Nome: FLAVIO DE OLIVEIRA  
CPF: 053.649.413-45

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

---

FLAVIO DE OLIVEIRA

---

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

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO E URNA 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

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO E URNA 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 URNA 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:**

A handwritten signature in blue ink that appears to read 'Karla Souza'.

CARTA DE REANÁLISE

SINISTRO: 3180-1778,47

Eu, Flávio de Oliveira,  
Portador do RG n3324231, e CPF n033.649.413-45  
Endereço: RUA 253 Micael, n4595  
Bairro: STª LUZIA, Cidade: TERESINA UF PI.

Senhores analistas, venho por  
meio destas cartas, solicitar a  
reanálise do meu processo, pois  
estou com sequelas que estão  
com aggravamento, conforme o laudo  
médico, juntamente com o fato x-  
atualizado, devidamente, de um acidente  
de trânsito sofrido por mim.

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

x

FLÁVIO DE OLIVEIRA

(Vitima)

NJ CORRETORA  
DE SEGUROS

10 NOV 2018

DPVAT

HOSPITAL DR. MIGUEL COUTO

FHT

Teresina

NOME: FLÁVIO 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-avulsa 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. Nádia Vazquez de Oliveira Couto  
CRM-PI 15745 - CRM-CE 2228

Dra. Antonio Cavour de Miranda, 357 - Morro Castelo, Teresina-PI, CEP: 64017-370  
- 85 30520111-09 Telefone: 86 3215-9123

HOSPITAL DR. MIGUEL COUTO

FMT  
Instituto de Medicina e Terapêutica

TERESINA

Nome: FLAVIO DE OLIVEIRA  
NASCIMENTO: 07/06/1992  
MÉDICO SOLICITANTE: FRANCISCO DAS CHAGAS  
DATA DO EXAME: 31/01/2018

**RADIOGRAFIA DO MÃO ESGUERDO 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. Nayra Virginie de Souza Couto  
RADIOLÓGISTA - CRM 3125



11/06

NOME DO PACIENTE: Elario de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 142 733

COOPERATIVA  
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 URGENCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE CRISTALINA  
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Bodecão - Fone: 66 3229 4872  
CEP 58170-000 - PI Céd: 64017-970 CNPJ: 35.522.917/0022-02

Page 10/22/2020 10:11:10

卷之三

BOLETIM DE ENTRADA - BE

**DADOS DO PACIENTE:**

Name: FLAVIO DE OLIVEIRA

### Prontuário:

142731

Mãe:	ISABEL MARIA DE OLIVEIRA		Pai:			
End. Resid.:	RUA SÃO MIGUEL, 456 <sup>o</sup> - SANTA LÚCIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010					
Nascimento:	01/06/1992	Idade:	16 Anos	Sexo:	Masculino	
Responsável:	O MESMO					
Profissão:	SOLTEIRO					
G. Instrução:	Fundamental Incompleto					
CNS:	698000468129477				Fone:	86-99539-5087
Documento:	RG: 3.324.731 - SGP/PI				E.Civil:	Solteiro(a)

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Código: 645969 Data: 13/01/2018 16:05:52 Condução: SEM VESTE DE SEG.  
 Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) Convênio: S 7 3  
 Acid. Trajetória: Sim Acid. Trab. Típico: Não CID Secundaria: V139

## DEBOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

<u>Síntoma/Sintoma:</u> QUEDA	<u>Evento Principal:</u> Desaparecimento de trauma significativo	<u>Destino:</u> CORRUGIAO GERAL	<u>Classificação:</u> Laranja
		Professional Cias. Risco:	
		 <b>DELEGADO DE POLÍCIA FEDERAL</b> <b>LEONILDO GOMES</b> <b>DATA: 13/07/2017</b>	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_ )  
Paciente vítima de acidente motociclistico cerca das 15 horas, com  
mais áreas plurais, sem lesão cervical, dor aguda em  
peito direito, punha esquerda, muito esquerdado suspeita de  
fratura exposta que chegou a 15, sem rótulas de sangramento ativo  
no momento, abd indolor à palpitação, AEP sem alterações.

RAIO-X REALIZADO

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES

Exames no Centro Cirúrgico  
Marcus Vinícius de Carvalho Filho  
Traumatologista Ortopédica  
CRM-RJ 4192 TEDT 12501

<u>MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:</u>	Re: Encerramento
<u>DATA:</u> / /	<u>HORA:</u> : /
<i>Francisco Lira</i>	

Sabrina Barbara dos Santos  
Assinatura Paciente ou Responsável

Joice Anne Lima  
MEDECA  
CRM-PI-03495



HOSPITAL DE URGÉNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 96 3229 4872  
TERESINA PI CEP: 64007-770 CNPJ: 06.522.917/0022-02

Imp: 13/01/2018 16:17  
(HELENILSA)

## **FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**

**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: FLAVIO DE OLIVEIRA		Prontuário: 142731
Mãe: ISABEL MARTA DE OLIVEIRA	Pai:	
End. Resid.: RUA SAC MIGUEL 4565 - SANTA LUZIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 07/06/1992	Idade: 25a/0m/00	Sexo: Masculino
Responsável: C MESMO	CNS: 998000488129577	
Profissão: SUCATEIRO	Documento: RG: 3.324.231 - 830/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 S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitud: 13/01/18 \_\_\_\_\_ ESPECIALISTA: 03

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Requer exame de traço de membrana epitelial, exame de fundo de olho e exame de fundo de olho com resposta de rótulo e sobre o qual deve ser encaminhado a clínica no prazo de 00 dias.

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho  
Traumatologista Ortopédico

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

Ch: Encourages us to do things you would do here - M3F

Carimbo/Basiratuna Prof. Parsons

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2)**

Data/Hora Solicitud: / / : ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

NOT SAVES  
SUN 10/14/18  
TUES 10/16/18  
MUNICIPAL  
AERONAUTICS

1823.11.10

卷之三

Carúchó/Assinatura Solicitante

DADOS DO PÁSSEIO: Data/Hora: / / : :

Carimbo/Assinatura Prof. Parcer

JOSMENE

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

 NOME DO PACIENTE  
 flavo de Oliveira

PRONTUÁRIO

142731

PRESCRIÇÃO MÉDICA

 DATA/HORA  
 CÓDIGO

13/01/10

 CLÍNICA  
 Ortopédica

 ENFERMEIRO  
 EFEITO  
 032 - Ex

MÉDICO ASSISTENTE

HORÁRIOS

 RELATÓRIO DE ENFERMAGEM  
 OBSERVAÇÕES

 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 6/6 H

5 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H

6 TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 6/6 H

7 TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN

8 CURATIVO

9 CCGG + SSVV

10 curativo

11 curativo

12 curativo

13 curativo

14 curativo

15 curativo

16 curativo

17 curativo

18 curativo

19 curativo

20 curativo

21 curativo

22 curativo

23 curativo

24 curativo

25 curativo

26 curativo

27 curativo

28 curativo

29 curativo

30 curativo

31 curativo

32 curativo

33 curativo

34 curativo

35 curativo

36 curativo

37 curativo

38 curativo

39 curativo

40 curativo

41 curativo

42 curativo

43 curativo

44 curativo

45 curativo

46 curativo

47 curativo

48 curativo

49 curativo

50 curativo

51 curativo

52 curativo

53 curativo

54 curativo

55 curativo

56 curativo

57 curativo

58 curativo

59 curativo

60 curativo

61 curativo

62 curativo

63 curativo

64 curativo

65 curativo

66 curativo

67 curativo

68 curativo

69 curativo

70 curativo

71 curativo

72 curativo

73 curativo

74 curativo

75 curativo

76 curativo

77 curativo

78 curativo

79 curativo

80 curativo

81 curativo

82 curativo

83 curativo

84 curativo

85 curativo

86 curativo

87 curativo

88 curativo

89 curativo

90 curativo

91 curativo

92 curativo

93 curativo

94 curativo

95 curativo

96 curativo

97 curativo

98 curativo

99 curativo

100 curativo

101 curativo

102 curativo

103 curativo

104 curativo

105 curativo

106 curativo

107 curativo

108 curativo

109 curativo

110 curativo

111 curativo

112 curativo

113 curativo

114 curativo

115 curativo

116 curativo

117 curativo

118 curativo

119 curativo

120 curativo

121 curativo

122 curativo

123 curativo

124 curativo

125 curativo

126 curativo

127 curativo

128 curativo

129 curativo

130 curativo

131 curativo

132 curativo

133 curativo

134 curativo

135 curativo

136 curativo

137 curativo

138 curativo

139 curativo

140 curativo

141 curativo

142 curativo

143 curativo

144 curativo

145 curativo

146 curativo

147 curativo

148 curativo

149 curativo

150 curativo

151 curativo

152 curativo

153 curativo

154 curativo

155 curativo

156 curativo

157 curativo

158 curativo

159 curativo

160 curativo

161 curativo

162 curativo

163 curativo

164 curativo

165 curativo

166 curativo

167 curativo

168 curativo

169 curativo

170 curativo

171 curativo

172 curativo

173 curativo

174 curativo

175 curativo

176 curativo

177 curativo

178 curativo

179 curativo

180 curativo

181 curativo

182 curativo

183 curativo

184 curativo

185 curativo

186 curativo

187 curativo

188 curativo

189 curativo

190 curativo

191 curativo

192 curativo

193 curativo

194 curativo

195 curativo

196 curativo

197 curativo

198 curativo

199 curativo

200 curativo

201 curativo

202 curativo

203 curativo

204 curativo

205 curativo

206 curativo

207 curativo

208 curativo

209 curativo

210 curativo

211 curativo

212 curativo

213 curativo

214 curativo

215 curativo

216 curativo

217 curativo

218 curativo

219 curativo

220 curativo

221 curativo

222 curativo

223 curativo

224 curativo

225 curativo

226 curativo

227 curativo

228 curativo

229 curativo

230 curativo

231 curativo

232 curativo

233 curativo

234 curativo

235 curativo

236 curativo

237 curativo

238 curativo

239 curativo

240 curativo

241 curativo

242 curativo

243 curativo

244 curativo

245 curativo

246 curativo

247 curativo

248 curativo

249 curativo

250 curativo

251 curativo

252 curativo

253 curativo

254 curativo

255 curativo

256 curativo

257 curativo

258 curativo

259 curativo

260 curativo

261 curativo

262 curativo

263 curativo

264 curativo

265 curativo

266 curativo

267 curativo

268 curativo

269 curativo

270 curativo

271 curativo

272 curativo

273 curativo

274 curativo

275 curativo

276 curativo

277 curativo

278 curativo

279 curativo

280 curativo

281 curativo

282 curativo

283 curativo

284 curativo

285 curativo



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

GS 94\*14

Fls. N° \_\_\_\_\_

Proc. N° \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 13/01/18

NOME DO PACIENTE: Flávio de Oliveira PRONTUÁRIO N° 14731

DIAGNÓSTICO: L.M.C + Fixação de ferimento

ANESTESIA: Bloqueio

Nº DA SALA: 05

CIRURGIAO: F. G. dos Chagas

CPF N°:

AUXILIAR: Estudante

CPF N°:

ANESTESIA: Nipon

CPF N°:

INSTRUMENTADORA: Solange

CPF N°:

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 N° 70		PAR	02
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N° 75		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 N°	UNID.	—		SERINGA 3CC		UNID.	—
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FBASCO	06	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL		UNID.	
JELCO N° 20	UNID.	01		escova		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				lethodo		05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				crepom		03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				coader 02		01	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0		03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Julene			
PROLENE							

13/01/18  
Teresina  
FMS

13/01/18  
Teresina  
FMS



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Fábio de Oliveira

Diagnóstico pré-operatório Festas expostas de pele

Operação - Tipo Festas expostas de pele + limpeza

Cirurgião F. C. dos Chagas

1º Assistente

Estudante

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a) Silvângel

Anestesiado(a)

Nelson

Anestesia Bloqueio

Anestésico(a)

Data da Operação 13/01/18

Início

17:30

Fim

18:20

Diagnóstico Pós-operatório

Festas expostas de pele  
Operação de desgessagem

Relatório Imediato do Patologista

Verde oliva + perda de  
pele vermelha  
Perda de sangue

Acidente Durante a Operação

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

It was removed the blooming plate  
After I am  
ligated

Wound was closed

Using of greenish fat of skin

Festas de pele de pele

Wound was closed

Suture

After

F. C. dos Chagas - Spur  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-F-0320

*HUT SAME  
CONFIRMADO 13/01/18  
TERESINA  
SERVIÇO*