

## DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro, para os devidos fins, que LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA CPF 008.265.563-45, RG 2.352.323 SSP-PI, compareceu neste serviço médico, na data de 17 de novembro de 2019, vítima de acidente em trânsito de motocicleta, conforme número de prontuário 57922, sendo registrado o horário de entrada às 22:10 atendimento realizado pela Médica FERNANDA NUNES DE CASTRO, CRM-PI 4195.

Teresina, 19 de dezembro de 2019

  
Maria Cecília Portela de Melo Andrade  
Diretora de Enfermagem -  
Matrícula 89387 - COREN-PI 265.117  
Unidade Pronto Atendimento Promorar



### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o(a) paciente **LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA (RG: 2.352.323 SSP - PI)** que deu entrada neste hospital no (s) dia (s) **18/11/2019 às 18:48:40, no POSTO 2, SUPLEMENTAR e CLÍNICA ORTOPÉDICA – P.11, ENF. 237** e encontra-se de alta desde o dia 21/11/2019.

Teresina, 21 de novembro de 2019.



**Francisca Silva Lima**  
Assistente Social - HUT  
CRESS nº 879 - 22ª Região

Assistente Social



NOME DO PACIENTE: Reaneida Shadenlyne Almeida  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 529189

**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 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

NHEO  
20/11/19

Imp: 18/11/2019 20:09:01

(User: DR. FERDINAND FREITAS)

(Estação: SALADEGESS02)

Nome: LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA

Prontuário: 529189

Mãe: MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA

Pai:

End.Resid.: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010

Nascimento: 02/03/1986

Idade: 33a8m16d

Sexo: Feminino

Fone: 86-98324-849

Responsável: TALESSA

CNS: 702503330147934

Profissão: ACADEMICA

Documento: CPF: 008.265.563-45

G. Instrução: Superior Incompleto

E.Civil: Solteiro(a)

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 752420

Entrada: 18/11/2019 18:48:40

Convênio: S U S

Proced: 0301060061

tivo da Procura

(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC

Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:

TRAUMA MAIOR

Classificação:

Dor intensa

Cor:

Laranja

Breve História Clas. Risco:

ENCAMINHADA DA UPA-PROMORAR C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ + 24H.RELATO DE TRAUMA EM OMBRO D,PUNHO E,JOELHO D.REFERE NÁUSEAS.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(SIC)  
ECG-15  
NÃO FAZIA USO DE CAPACETE.(SIC)

LIVIA DE ARAUJO SOUSA  
COREN 93272

Em: 18/11/2019 19:46:52

SSVV:

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

Peso: 0,00 Kg

Altura: 0,00 M

IMC: 0,00 Kg/m2

Pulso:

bmp

Pressão:

mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

REFERE ACIDENTE DE MOTO COM DORES E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.

TOMOGRAFIA REALIZADA

DATA 18/11/19 HORA 20:25h

EXAME JOELHO

TECNÓLOGO: [assinatura]

RAIO X REALIZADO

DATA 18/11/19 HORA 21:00h

TÉCNICO: [assinatura]

CID:

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

(1364422) - PUNHO ESQUERDO

(1364423) - OMBRO DIREITO

(1364424) - JOELHO DIREITO

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

[assinatura]   
 Assinatura Paciente ou Responsável

FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO  
CRM-PI: 3096 PI Em: 18/11/2019 20:09:00

Dr. Ferdinand Freitas  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI: 3056 - TEOR 11020



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

263384

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da  
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

252065

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA

6 - Prontuário: 529189

7-CNS: 702503330147934

8-Nascimento: 02/03/1986

9-Sexo: Feminino

CPF: 008.265.563-45

11-Mãe: MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA

12-Fone: 86-98324-849

Resp: TALESSA

14-Cor: Sem Informação

15-Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PCT VITIMA D EACIDNETE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM FRATURA DISTAL RADIO ESQUERDO E PLATRO TIBIAL DIREITO  
CD: IMOB ILIZAÇÃO / INTERNAÇÃO P/ TTO CIRURGICO

21 - Condições que justificam a internação:

AS ACIMA

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):  
RX + EXAME CLINICO ORTOPEDICO

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade proximal da tibia

24-CID Prin:

S821

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408050551

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Tempo SUS

3

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

772.586.903-44

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

ALMIR ALVES REBELO FILHO

34-Data Solicitação:

18/11/2019

35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

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

36- ( ) Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

43-CNAE Empresa:

45 - Vinculo com a Previdência:

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Sholensa Regina do Nascimento Silva

Usuário: (NELSON MOURA)

Consulta Local: 752420

Consulta SUS:

Impressão: 18/11/2019 21:45:12



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 76725 - Em: (18/11/2019)**

Atendimento	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:		
252065	529189	LEANEIDA SHADELYNNE ALMEIDA SILVA	02/03/1986	POSTO 2	SUPLEMENTAR 1	EXTRA 35	NELSON ANTÔNIO MELO DE MOURA		
Evolução:	HISTÓRIA CLÍNICA		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:				
Hora:			NEGA ALERGIAS / NEGA COMORBIDADES		FRATURA DISTAL RADIO ESQUERDO + FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO				
Seq.:	Descrição - Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL TIPO LIVRE, zero dias de dieta								
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO"	1,00	Frasco	EV	12/12h				21:45 Admitida no Posto 02
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. SOS	1,00	Ampola	EV	6/6h				Posto 02
3	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h				Posto 02
4	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL EM 100ml SFO. 9% SOS	1,00	Ampola	EV	8/8h				22:45h. Dançou no aceno
5	PANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	1,00	Ampola	EV	12/12h				urina positivo (22/11/2019)

Dr. Lucas André Silva  
MÉDICO  
CRM-PI 10796

Almir Alves Ribeiro Filho  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PI 2572


OBS: cirurgia amarras 19/11/19  
com Dr. Silveira.  
Dr. A.M.F.  
AS 07h05

**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**

DATA 19/11/2019

NOME DO PACIENTE:	<u>Leandro Shadelyne Almeida Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº:	
DIAGNÓSTICO:	<u>Ent de Tado Rota P. Hala</u>	CIRURGIA:	<u>Idescomer</u>
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>Amir</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Dra Daniele</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Georgio</u>	CPF Nº:	

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>C4</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>60</u>	PAR	<u>06</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>74</u>	PAR	<u>06</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>00</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>08</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>00</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>02</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>100</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>40</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>06</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	<u>40</u>		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.	<u>-</u>		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	<u>-</u>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	<u>01</u>					
<b>FIOS</b>	<b>UNID.</b>	<b>QUANT.</b>	<b>PREÇO</b>	<b>OCORRÊNCIA</b>  			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Getulio</u>			
PROLENE							



**PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda**  
**ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES**  
**COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.**  
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458  
CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí  
C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

## COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

**PACIENTE - Nome:** Isaureida Shaderlyne Almeida Silva

**Nº AIH:** 252084

**Nº do Prontuário:** 529189 **Data da Internação:**    /    /   

**Procedimento Médico Realizado:** 0408050551

**Indicador de Compatibilidade:** 0702030970

**MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome:** Dr. Almir

**CRM Nº**    **CPF Nº**   

**DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL:** 19/11/19 **DATA DA ALTA:**    /    /   

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
Cx- 40	01 Placa em L 4,5mm de 2x5 furos parafusos esvaziados R32 n° 55 n° 60 parafusos corticais n° 34 n° 36 n° 46

Almir Alves Rebelo Filho  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PI 2972

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado

Teresina 19 de novembro de 2019  
**Nome do Hospital:** HUT Zenon Rocha

**C.N.P.J:**   

**Assinatura:**   

**Cargo:**   

**Nome:** Anália



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA  
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>252084</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA</b>	6 - Prontuário: <b>529189</b>		
7-CNS: <b>702503330147934</b>	8-Nascimento: <b>02/03/1986</b>	9-Sexo: <b>Feminino</b>	CPF: <b>008.265.563-45</b>
11-Mãe: <b>MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA</b>	12-Fone: <b>86-98324-849</b>		
13-Resp: <b>TALESSA</b>	14-Fone: <b>86-98324-849</b>		
15-Endereço: <b>QD B CS 18 - ANGELIM - CEP: 64000-010</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64000-010</b>
16-Munic: <b>TERESINA</b>			

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408050551</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL</b>	
31-Cod.Procedi- mento Especial <b>0702030970</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA EM L 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)</b>	Quant. Soli- cidada: <b>1</b>
Fornecedor da OPM: <b>PIMES</b>		
38-Profissional Responsável: <b>ALMIR ALVES REBELO FILHO</b>	40-Tp. Documento: CPF	<i>Almir Alves Rebelo Filho</i> Ortopedia - Traumatologia CRM-PI 2972
39-Data Solicitação: <b>19/11/2019</b>	40-No.Doc. Med. Solic.: <b>772.586.903-44</b>	
41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)		

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Paciente com fratura de platô  
tibial desta necessidade de ortomótese*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>/ /</b>	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>/ /</b>	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)

## COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

**PACIENTE - Nome:** Jeaneida Shaderlyne Almeida Silva

Nº AIH: 252084

Nº do Prontuário: 529189 Data da Internação:      /      /     

Procedimento Médico Realizado: 0408020407

Indicador de Compatibilidade: 0702030996

**MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome:** Dr. Almir

CRM Nº      CPF Nº     

**DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL:** 19 / 11 / 19 **DATA DA ALTA:**      /      /     

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
<u>Cx - 119</u>	<u>01 Placa em + 3,5mm de 3x4 furos</u> <u>parafusos corticais nº 16 (01)</u> <u>nº 18 (02)</u> <u>nº 22 (01)</u>

*Almir Alves Rebelo Filho*  
 Ortopedia - Traumatologia  
 CRM-PI 2872

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 19 de novembro de 2019

Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J:     

Assinatura:     

Cargo:     

Nome: Amália



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA  
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

3-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

2-CNES

**5828856**

Código da  
Internação:

4-CNES

**5828856**

**252084**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA**

6 - Prontuário: **529189**

7-CNS: **702503330147934**

8-Nascimento: **02/03/1986**

9-Sexo: **Feminino**

CPF: **008.265.563-45**

1-Mãe: **MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA**

12-Fone: **86-98324-849**

13-Resp: **TALESSA**

14-Fone: **86-98324-849**

15-End: **QD B CS 18 - ANGELIM - CEP: 64000-010**

16-Munic: **TERESINA**

17-Cod.IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64000-010**

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip.

**0408020407**

30 - Procedimento Principal / Descrição:

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO**

31-Cod.Procedi-  
mento Especial

**0702030996**

32 - Descrição do Procedimento Especial:  
**PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)**

Quant. Soli-  
cidata:

**1**

Fornecedor da OPM: **PIMES**

38-Profissional Responsável:

**ALMIR ALVES REBELO FILHO**

40-Tp. Documento:

CPF

39-Data Solicitação:

**19/11/2019**

40-No.Doc. Méd. Solic.:

**772.586.903-44**

41-Ass.Carimbo Méd.Sol. (CRM)

*Almir Alves Rebelo Filho*  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PI 2077

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Paciente com fratura de rádio  
distal esquerdo necessitando de osteossíntese*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle  
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

263484

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>252084</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA				6 - Prontuário: 529189			
7-CNS: 702503330147934		8-Nascimento: 02/03/1986		9-Sexo: Feminino		CPF: 008.265.563-45	
11-Mãe: MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA				12-Fone: 86-98324-849			
3-Resp: TALESSA				14-Cor: Sem Informação			
15-Ender: QD B CS 18 - ANGELIM - CEP: 64000-010							
16-Munic: TERESINA		17-IBGE: 221106		18-UF: PI		19-CEP: 64000-010	

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:	Paciente vítima de trauma, des- educa e deformidade em punho malado e joelho direito		
21 - Condições que justificam a internação:	Necessidade de cirurgia		
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):	Rx Fémur Peróteo Antal B e Placado		
23-Diagnóstico Inicial: (Informação Posterior)	24-CID Prim:	25-CID Sec.:	26-CID C.Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0415030013		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO		Tempo SUS 9999
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01	31-Docum.: CPF	32-Doc. Méd. Solic.: 772.586.903-44	Almir Alves Rebelo Filho Ortopedia - Traumatologia CRM-PI 2972
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ALMIR ALVES REBELO FILHO	34-Data Solicitação: 19/11/2019		35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)	

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

36-( ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-( ) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-( ) Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado			

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Documento: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (KARLA BATISTA) Consulta Local: 752420 Consulta SUS: Impressão: 19/11/2019 09:38:41	



**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Leandro Jha de Almeida Almeida Filho

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de Rádio Ulnar

Operação - Tipo

Ortopédica

Cirurgião

Almeida

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

19/11/19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Paciente em PPT sob efeito de pleco-  
brolol, Anestesia, Antimigração, cobertura  
dos campos estéril, Penetração da faixa  
de sutura, sem violar ao radio ulnar,  
Redução ortopedica do fratura do radio  
ulnar, Amiotomia, retirada da faixa  
312

Almir Alves Rebelo Filho  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PI 2972



CTD 5823

0428050551

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

**FMS**Fundação Municipal  
de Saúde

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

### Centro Cirúrgico

Nome do Paciente *Leaneide Flávia de Jesus de Faria*  
Diagnóstico pré-operatório *Fratura Placa Total Vert + Exerto Or*  
Operação - Tipo *Osteomíte + Exerto Or*

Cirurgião 1º Assistente

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador(a) Anestesista Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

*8*

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Realizado em DDIT sob anestesia geral +  
Rafuramentes, Anestesia, Antissepsia, colocação  
dos campos estéril, acesso gástrico lateral D  
Redução, acesso ao local direito e retirada  
do exerto onco, colocação do exerto onco  
Osteomíte no osso, suturas, curativos  
pós-operatório de ferida, 9/12*

*Almir Alves Rebelo Filho*  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PI 2972

# FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CRICULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTESICOS		OXIGÊNIO 1 2 3				TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100				
TEMPERATURA T		C° 260 240 2				
P. ARTERIAL V O PULSO		38 200 180 160 1				SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		140 120 100 80				1 2 3 4 5 6 7 8 9
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60 40 20 10				10 11 12 13 14 15
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARITICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		

# FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Leonilda Shaderlyne Almeida Silva</u>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>19/11/19</u>	P. ARTERIAL <u>120/90</u>	PULSO	RESPIRAÇÃO <u>Eupneica</u>	TEMPERATURA <u>AFB</u>	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA <u>NR -</u> - <u>Nepalergias e comorbidades.</u>						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <u>NDN</u> - <u>Controlo na infância sp.</u>						
SISTEMA CRICULATÓRIO <u>NDN</u>					ELETROCARDIOGRAMA <u>RS Normal</u>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>NDN</u>					ASMA <u>nepe</u>	BRONQUITE <u>nepe</u>
SISTEMA DIGESTIVO <u>NDN</u>					SISTEMA URINÁRIO <u>MDN</u>	
ESTADO MENTAL <u>LOTE</u>					CORTICOIDES	ATARAXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO <u>Trot antebraço E + anal platô tibial</u>					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) <u>Micazolam + Cetumine - 3mg + 30mg</u>					APLICADO AS	EFEITOS <u>Ramsey 3</u>
AGENTES ANESTESICOS		TOTAL DE DOSES				
LIQUIDOS		SEQUÊNCIA				
TEMPERATURA T		DURAÇÃO				
P. ARTERIAL V O PULSO		INCIDENTE - ACIDENTE				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS						
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARITICULARIDADES						



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Página 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: 529189)  
Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m16d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420  
Requisição: 1026080 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO  
Controle: 1364425 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030029

Data Exame: 18/11/2019

### T.C. DE JOELHO DIREITO

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

#### LAUDO:

- FRATURA COMINUTA/AFUNDAMENTO DO PLATÔ TIBIAL LATERAL, COM DEGRAU DE CERCA DE 11mm.
- FRATURA COMPLETA DA EPÍFISE PROXIMAL DA FÍBULA.
- HEMARTROSE.
- SUBLUXAÇÃO LATERAL DA PATELA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 18/11/2019

**LUCIANA MARINHO VIANA BORGES**

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
Matrícula: 059234  
SAME HUT  
Confere com Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: 529189)  
Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m17d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420  
Requisição: 1026082 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO  
Controle: 1364427 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 18/11/2019

**PUNHO ESQUERDO**

O estudo radiológico do punho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na epífise distal do rádio fixada por placa metálica.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
Matrícula: 059234  
SAMS - HUT  
Conferido com Original



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Página 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: 529189)  
Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m17d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420  
Requisição: 1026082 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO  
Controle: 1364428 Convênio: S U S

## RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 18/11/2019

### JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no platô tibial lateral fixada por placa e parafusos metálicos.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
Matricula: 059234  
SAME HUT  
Confere com Original



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: 529189)  
Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m17d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420  
Requisição: 1026082 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO  
Controle: 1364427 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 18/11/2019

### PUNHO ESQUERDO

O estudo radiológico do punho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na epífise distal do rádio fixada por placa metálica.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
Matricula: 059234  
SAME HUT  
Conferir com Original



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: 529189)  
 Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m17d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420  
 Requisição: 1026082 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO  
 Controle: 1364428 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 18/11/2019

### JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no platô tibial lateral fixada por placa e parafusos metálicos.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
 Matrícula: 059234  
 SAME HUT  
 Confira com Original



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: 529189)  
 Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m23d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 252084  
 Requisição: 1026377 Solicitação: 19/11/2019 Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO  
 Controle: 1364995 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 237 EXTRA 002

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 19/11/2019

### PUNHO ESQUERDO

O estudo radiológico do punho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no rádio distal, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/11/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
 Matrícula: 059234  
 SAME HUT  
 Confere Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: 529189)  
Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m23d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 252084  
Requisição: 1026377 Solicitação: 19/11/2019 Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO  
Controle: 1364996 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 237 EXTRA 002

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 19/11/2019

**JOELHO DIREITO**

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no rádio distal, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/11/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
Matrícula: 059234  
SAME HUT  
Confere com Original



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Página 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: 529189)  
Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m23d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 252084  
Requisição: 1026377 Solicitação: 19/11/2019 Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO  
Controle: 1364996 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 237 EXTRA 002

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 19/11/2019

### JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no rádio distal, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/11/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Página 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: 529189)  
Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m23d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 252084  
Requisição: 1026377 Solicitação: 19/11/2019 Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO  
Controle: 1364995 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 237 EXTRA 002

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 19/11/2019

### PUNHO ESQUERDO

O estudo radiológico do punho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no rádio distal, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/11/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 67890  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Página 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: 529189)  
Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m17d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420  
Requisição: 1026082 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO  
Controle: 1364428 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 18/11/2019

### JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no platô tibial lateral fixada por placa e parafusos metálicos.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Página 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: 529189)  
Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m17d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420  
Requisição: 1026082 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO  
Controle: 1364427 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 18/11/2019

### PUNHO ESQUERDO

O estudo radiológico do punho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na epífise distal do rádio fixada por placa metálica.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: 529189)  
 Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m16d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420  
 Requisição: 1026080 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO  
 Controle: 1364425 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206030029

Data Exame: 18/11/2019

**T.C. DE JOELHO DIREITO**

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

**LAUDO:**

- FRATURA COMINUTA/AFUNDAMENTO DO PLATÔ TIBIAL LATERAL, COM DEGRAU DE CERCA DE 11mm.
- FRATURA COMPLETA DA EPÍFISE PROXIMAL DA FÍBULA.
- HEMARTROSE.
- SUBLUXAÇÃO LATERAL DA PATELA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 18/11/2019

**LUCIANA MARINHO VIANA BORGES**

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL

5192327

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS



LEANEIDA SHANDERLYNE A. SILVA

0611015

02/03/1986

008.265.563-45

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83

529 189

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RECORTE  
DATA DE  
EXEDICAO 22/04/15

2.352.323

LEANEIDA SHANDERLYNE ALMEIDA SILVA

MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA  
JOSÉ LEONIDAS DA SILVA

TERESINA-PI 02/03/1986

CERT.NASC. 112736 L A144 F 123  
EXP TERESINA-PI 22/04/15

008.265.563-45

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

OPTIMIZING YOUR INVESTMENT

ESTALDI UNICO...  
SE CUM CARGA DE ESTIMO...  
QUALIFICACAO DE AL...  
... 12...

0106306010



Price 25/00 *Quinta* -

WOLFGANG WITTE, DOZENT FÜR

CARTÉIRA DE IDENTIDADE

EM TODA A AMÉRICA LATINA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

026074362003-2

19/01/2019

**CYBERCITY**

026974362003-2

ALVES CANTOS CUNHA LIMA

reactions

... e MARIA ODETE DE

LUIZ LEITE LIMA

400

11/11/2006 12:06 PM

STO 111

CMC  
100  
100

DOC (mg/L)

NASC. N.05045

05-340073-60

016110

P-142

100% COTTON

ASSOCIATI ALLA DOLBY DIGITAL

EL N° 7 116 DE 29/08/03

WIA-02

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200082423 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA **Data do acidente:** 17/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 19/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO;  
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO PUNHO E JOELHO(OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 13,14

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO E JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: LEANEIDA SANDERLYNNE ALMEIDA SILVA	
NACIONALIDADE: Brasileira	ESTADO CIVIL: Solteira
RG: 2.352.323	ORG. EMISSOR: SSP PI
DATA DE EXPEDIÇÃO: 22/04/15	CPF: 008.26556345
PROFISSÃO: Ruano	ENDEREÇO: AV. NOSSA SENHORA DE ASSUNÇÃO
Nº: 2534	BAIRRO: VILA IRMÃ DULCE
CIDADE: TERESINA	CEP: 64040-530
ESTADO: PIAUI.	

OUTORGADO: LUIS CARLOS CUNHA LIMA			
NACIONALIDADE: BRASILEIRO		ESTADO CIVIL: DIVORCIADO	
RG:0269743620032	ORG. EMISSOR: SSPMA	DATA DE EXPEDIÇÃO 19/01/2019	CPF: 011.310.073-60
PROFISSÃO: TEC. SEG. DO TRABALHO		ENDEREÇO: RUA COLOMBIA	
Nº 3474	BAIRRO: TRÊS ANDARES	CIDADE: TERESINA	
ESTADO: PIAUI		CEP 64016-570	

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT** E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO AS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA, SOLICITAR REAGENDAMENTOS, PODENDO SUBSTABELECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDO PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDADOS, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO **SEGURO DPVAT**

VÍTIMA: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA

CPF: 008.265.56345 DATA DO ACIDENTE 17 / 11 / 2019.

COBERTURA SOLICITADA: (X) INVALIDEZ PERMANENTE ( ) DAMS ( ) MORTE

Local/Data Yelena 11/12/2019

5º Oficio

Deaneida Shanderlyne Almeida Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LEANNEIDA SHAUNDER LYNNE ALMEIDA SILVA NO DOC. PROCUFACAO PARTICULAREM TEST. DA VIDA TERESINA 11/12/2018 11:53:49  
SELO AANB3412-V04Z Consulte em [www.tjpi.jus.br/portalextra](http://www.tjpi.jus.br/portalextra)  
*Beleza*  
ESTENIA BEATRIZ DE SOUSA RIFINO - ESCRREVENTE AUTORIZADO  
Emol: R\$ 3,95 T.J: R\$ 0,77 MP: R\$ 0,10 Selor: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,98

Cartão  
E PRO  
Rua  
Teres  
Bela, Ma  
Londrina

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066518/20

**Vítima:** LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SIL'

**CPF:** 008.265.563-45

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 17/11/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SHANDERLYNNE ALMEIDA  
SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### LUIS CARLOS CUNHA LIMA : 011.310.073-60

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

### LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA : 008.265.563-45

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2020  
Nome: LUIS CARLOS CUNHA LIMA  
CPF: 011.310.073-60

LUIS CARLOS CUNHA LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

---

**Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200082423**

**Vítima: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA**

**Data do Acidente: 17/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUIS CARLOS CUNHA LIMA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200082423

Vítima: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000001950-0

Conta: 000001000429-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 008.265.563.45 4 - Nome completo da vítima: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA

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

5 - Nome completo: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA 6 - CPF: 008.265.563.45  
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: R. NSA DA ASSUNÇÃO 9 - Número: 2534 10 - Complemento:  
11 - Bairro: VILA IRMÃ DULCE 12 - Cidade: TERESINA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64040-530  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 86 99574.5685

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1950 0 CONTA: 1000429 2 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (filhos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina 17/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Leaneida S. A. Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000237/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/01/2020 10:45 Data/Hora Fim: 06/01/2020 11:23

Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 17/11/2019 21:50

Local do Fato

Município: Teresina (PI)

Bairro: Vila Irmã Dulce

Logradouro: RUA ESTIGMA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PI - Teresina

Sexo: Feminino

Nasc: 22/07/1963

Profissão: Professor

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: LUIZA ALMEIDA SANTOS

Nome do Pai: TEODORO RODRIGUES DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 462.902.733-53

RG - Carteira de Identidade: 1004832

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: RUA DA NOSSA SENHORA ASSUNCAO

Nº: 2534

Bairro: ANGELIM

CEP: 64.040-530

Vínculo

Mãe

Envolvido(a)

Leaneida Shnderlyne Almeida Silva

Tempo da Relação

0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)

Nome Civil: LEANEIDA SHNDERLYNE ALMEIDA SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PI - Teresina

Sexo: Feminino

Nasc: 02/03/1986

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Iêda Santos de Almeida Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 008.265.563-45

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: RUA NOSSA SENHORA DE ASUNÇÃO

Nº: 2534

Bairro: VILA IRMA DULCE



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000237/2020

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 462.902.733-53	<b>Placa</b> OUC9551
<b>Renavam</b> 01180045008	<b>Número do Motor</b> JC70E0K010373
<b>Número do Chassi</b> 9C2JC7000KR010363	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2019/2018
<b>Cor</b> VERMELHA	<b>UF Veículo</b> Piauí
<b>Município Veículo</b> Teresina	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/BIZ 110i
<b>Modelo</b> HONDA/BIZ 110i	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Meio Empregado
<b>Última Atualização Denatran</b> 30/01/2019	<b>Situação do Veículo</b> NADA CONSTA
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE AFIRMA QUE SUA FILHA TRAFEGAVA NA MOTO ACIMA MENCIONADA, PELA CITADA VIA QUANDO A MESMA PERDEU O CONTROLE DO VEICULO E CAIU, SENDO SOCORRIDA POR TECEIROS, LEVADA PARA A UPA DO PROMOTOR PRONTUARIO N:57922, SENDO TRANSFERIDA PARA O H.U.T. PRONTUARIO N:529189, QUE ESTE É PARA FINS DE O.D.P.VAT. ERA O B.O.

ASSINATURAS

  
José Milton Nunes Filho  
Agente de polícia  
Matrícula 009070x  
Responsável pelo Atendimento

  
MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA  
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que esta é a única e verdadeira cópia da documentação apresentada e que a mesma é verdadeira e correta, sob pena de incorrer nas sanções previstas no Artigo 230 do Código Penal Brasileiro."

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 008.265.563.45 4 - Nome completo da vítima: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA

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

5 - Nome completo: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA. 6 - CPF: 008.265.563.45  
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: R. NSA DA ASSUNÇÃO 9 - Número: 2534 10 - Complemento:  
11 - Bairro: VILA IRMÃ DULCE. 12 - Cidade: TERESINA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64040-530  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 86 99574.5685

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENRIKE U A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ REFIÇO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1950 0 CONTA: 1000429 2 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - ( ) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina 17/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)

# BRADESCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237            AGÊNCIA: 2373-6            CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01950-0

CONTA: 000001000429-2

---

Nr. Autenticação

BRADESCO0303202005000000000023701950000001000429337500    PAGO

**equatorial**  
ENERGIA

Para contato  
consulte: informe  
o seu NÚMERO

SEU CÓDIGO

0661670-4

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 755 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.040-740/0001-00 (av. Estadual 19.301.382-0)  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Serviço F1  
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFIN/SEF/PR

Nº da Nota Fiscal 026704183

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 24 de abril de 2003.

CONTA MÊS  
**SETEMBRO/2019**

VENCIMENTO  
**01-10-2019**

CONSUMO (kWh)  
**591**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**785,65**

MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA  
R. NSA DA ASSUNÇÃO 2534 S/C VILA IRMA DULCE  
CPF: 00046290273353  
CEP: 64.040-530 - TERESINA

ROT: 3.001.23.08.039400

CEP: 64.040-530 TERESINA		DATA DE EMISSÃO	
DADOS DA CÉLULA	Valor	Atual:	03/09/2019
Atual:	40470	Anterior:	02-08-2019
Anterior:	39879	Problema (Linha):	03-10-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Entenda:	02-09-2019
Consumo Medido:	591	Agendamento:	03-09-2019
Consumo Faturado:	591	Classe de Consumo:	32
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Regulação:	

Class/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Preço	Código F1	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A623014		1.1.1.1	501

MÊS	CONSUMO (kWh)	DESCRIÇÃO DA CARGA	Valor
AGO/19	425	CONSUMO 591 A R\$ 0,974683 =	576,03
JUL/19	509	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	46,47
JUN/19	540	DESC. S/MULTA PARCELAM.ES (2X)	2,54
MAI/19	449	DESC. S/JUROS PARCELAM.ES (2X)	11,14
ABR/19	464	DESC. S/COR. MON. PARCELA 18/120	2,81
MAR/19	479	PARCELAMENTO DE DEBITOS (2X)	179,64
FEV/19	555	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	23,62
JAN/19	452		
DEZ/18	323		
NOV/18	804		

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 551 - 0,555310

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**

Mes/Ano 07/2019 Valor R\$ 668,16  
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10-09-2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SEREN. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 7.323,63 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 0206.4ED7.7810.20F1.9A97.FD89.06C6.A6E0

COMPOSIÇÃO DA CARGA - R\$	IMPACTO DE TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 113,26	Base de Cálculo: 576,03 420,50
Energia: 218,90	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 37,02	Valor do ICMS: 155,52
Encargos: 18,12	Valor do PIS: 1,40%
Tributos: 188,73	Valor do COFINS: 6,49%
	27,29

INDICADORES DE CONTINUIDADE	ERC	ESC	OPIC	URCA
	Plano	Operacional	Atual	Atual
Índice	5,19	10,39	20,77	3,36
Atualizado	0,00	0,00	13,45	2,94
			0,00	0,00
Consumo POLO			07/2019	180,23

ROT: 3.001.23.08.039400

**equatorial**  
ENERGIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 755 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.040-740/0001-00 (av. Estadual 19.301.382-0)

SEU CÓDIGO  
0661670-4

TOTAL A PAGAR - R\$  
785,65

MÊS FATURADO  
09/2019

VENCIMENTO  
01-10-2019

Nº da Nota Fiscal: 026704183 FCAM

83600000007 2 85650017000 1 000000000661 9 67040919008 9



SEQ.: 00259 UC: 0661670-4 DT. LEIT.: 03/09/2019 T. ENTR.: 09  
LEITURA: 40470 NORMAL TOTAL: 785,65 CARGA: 008  
DT VENC.: 01-10-2019 TRRFG.: 000000000661 9 67040919008 9

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

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 305 - 0,649841

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

028178332 FCAM

SEQ.: 00358 UC: 0019712-2 DT.LEIT.: 07/10/2019 T.ENTR.: 01  
LEITURA: 56235 NORMAL TOTAL: 328,44 CARGA: 004  
DT.VENC.: 14-10-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1021

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu Leandro Carlos Cunha Lima

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 05538007360, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Leandra Shandorlegne Almeida Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.265.563-45.

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidação Permanente da Vítima Leandra Shandorlegne Almeida Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.265.563-45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Colombia</u>	Número: <u>3478</u>	Complemento:
Bairro: <u>Três Andares</u>	Cidade: <u>Terexina</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>64056570</u>	Tel.(DDD): <u>86) 9905-4054</u>

Local e Data: Terexina 19/11/2019

Leandro Carlos Cunha Lima  
Assinatura do Declarante