

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Sistema SAJ..., Audiências..., Consulta proc..., 0825190-24.20..., Baixar o arquiv..., (37) WhatsApp...

Address bar: [tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=602021&ca=5b5a16d88ba77f41b42150a8060f51c740a...](https://tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=602021&ca=5b5a16d88ba77f41b42150a8060f51c740a...)

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Administrativo..., Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: **PJE** ProceComCiv 0825190-24.2020.8.18.0140  
YLEALDO VIEIRA LEAL X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DP...

Search bar: 13625072 - CONTESTAÇÃO (2771140 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 08/12/2020 10:57:43

Left sidebar: 08 Dec 2020  
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO  
13625069 - CONTESTAÇÃO  
13625072 - CONTESTAÇÃO (2771140 CONTESTACAO 01)  
13625076 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)  
13625079 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)  
13625082 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)  
13625087 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

Main content area: downloadBinario.seam 1 / 12  
2771140- CS/ 2020-04465/ INVALIDEZ  
JOÃO BARBOSA  
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI  
Processo: 08251902420208180140

Taskbar: 10:57 08/12/2020



08/12/2020

Número: **0825190-24.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **02/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                                        |                    | Procurador/Terceiro vinculado           |                         |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|-------------------------|
| YLEALDO VIEIRA LEAL (AUTOR)                                   |                    | FERNANDO GUIMARAES ANDRADE (ADVOGADO)   |                         |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br>DPVAT S.A. (REU) |                    |                                         |                         |
| Documentos                                                    |                    |                                         |                         |
| Id.                                                           | Data da Assinatura | Documento                               | Tipo                    |
| 13625<br>076                                                  | 08/12/2020 10:57   | <a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a> | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200079839

Vítima: YLEALDO VIEIRA LEAL

Data do Acidente: 20/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), YLEALDO VIEIRA LEAL

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,

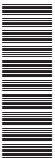
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15526552

Pag. 00775/00776 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020388





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200267083

Vítima: YLEALDO VIEIRA LEAL

Data do Acidente: 20/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), YLEALDO VIEIRA LEAL

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, contados 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

Carta nº 15979364

Pag. 00019/00020 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200267083**

**Vítima: YLEALDO VIEIRA LEAL**

**Data do Acidente: 20/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), YLEALDO VIEIRA LEAL**

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\$ 2.531,25 |

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

**Recebedor: YLEALDO VIEIRA LEAL**

**Valor: R\$ 2.531,25**

**Banco: 341**

**Agência: 000000344**

**Conta: 0000079298-1**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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).

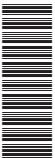
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01919/01920 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020960





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

618.973.533-91

4 - Nome completo da vítima:

Ylivaldo Vieira Real

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

5 - Nome completo:

Ylivaldo Vieira Real

6 - CPF:

618.973.533-91

7 - Profissão:

Receio - me

8 - Endereço:

Rua Siqueira Freire I

9 - Número:

C5 01

10 - Complemento:

A-78 A

11 - Bairro:

Itanari

12 - Cidade:

Barcelina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.077-250

15 - E-mail:

186198821-4516

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 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:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ 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:

Jatã

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

0344

CONTA:

79298

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vairasor)?

☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

17/02/2020  
Ylivaldo Vieira Real

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 1003/2010



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 618.973.533-91 4 - Nome completo da vítima: Ylivaldo Vieira Real

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

5 - Nome completo: Ylivaldo Vieira Real 6 - CPF: 618.973.533-91  
7 - Profissão: Recusado - me 8 - Endereço: Rua Sireu Henriques I 9 - Número: 6501 10 - Complemento: A-78 A  
11 - Bairro: Itamaré 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.077-250  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 186198821-4516

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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)

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Jau

AGÊNCIA: 0344  CONTA: 79298    
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vairasor)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 17/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 1003/2010





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003929/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/02/2020 14:41 Data/Hora Fim: 04/02/2020 14:55  
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 20/11/2019 11:10

Local do Fato

Município: Teresina (PI)  
Bairro: Esplanada  
Logradouro: qd a4  
Complemento: teresina sul

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                                                                                           | Melo(s) Empregado(s) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB ) | Veículo              |

ENVOLVIDO(S)

| Nome Civil: YLEALDO VIEIRA LEAL (VÍTIMA , COMUNICANTE ) |                                        |                  |                |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------|----------------|
| Nacionalidade: Brasileira                               | Sexo: Masculino                        | Nasc: 26/07/1977 | Idade: 42 anos |
| Naturalidade: PI - Teresina                             | Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais |                  |                |
| Estado Civil: Casado(a)                                 |                                        |                  |                |
| Nome da Mãe: Maria Jose Vieira da Silva Leal            |                                        |                  |                |

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 618.973.533-91

Endereço

Município: Teresina - PI  
Logradouro: qd a1, c 07  
Complemento: teresina sul  
Bairro: santo antonio

Nº: 07

| Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR ) |
|------------------------------------------------------|
|------------------------------------------------------|

Nacionalidade: Brasileira Idade:

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

|                        |                               |
|------------------------|-------------------------------|
| Grupo Veículo          | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
| Descrição desconhecido | Veículo Adulterado? Não       |
| Quantidade 1 Unidade   | Situação Meio Empregado       |

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|----------------|---------------|
| Desconhecido 1 | Possuidor     |

RELATO/HISTÓRICO



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar  
Impresso por: Haroldo Bonfim de Oliveira  
Data de Impressão: 04/02/2020 14:55  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos







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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003929/2020

o noticiante relata que trafegava a pé pela via acima citada quando foi atropelado por um veículo motocicleta não identificado, lesionou-se, foi socorrido por terceiros e levado ao hospital de urgência de teresina, prontuário de nº 510251.

ASSINATURAS

P.O.

Haroldo Bonfim de Oliveira  
Agente de Polícia  
Matrícula 0095150  
Responsável pelo Atendimento

Ylealdo Vieira Leal  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourão Melo de Aguiar  
Impresso por: Haroldo Bonfim de Oliveira  
Data de Impressão: 04/02/2020 14:55  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003929/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/02/2020 14:41 Data/Hora Fim: 04/02/2020 14:55  
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 20/11/2019 11:10

Local do Fato

Município: Teresina (PI)  
Bairro: Esplanada  
Logradouro: qd a4  
Complemento: teresina sul

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                                                                                           | Melo(s) Empregado(s) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB ) | Veículo              |

ENVOLVIDO(S)

| Nome Civil: YLEALDO VIEIRA LEAL (VÍTIMA , COMUNICANTE ) |                                        |                  |                |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------|----------------|
| Nacionalidade: Brasileira                               | Sexo: Masculino                        | Nasc: 26/07/1977 | Idade: 42 anos |
| Naturalidade: PI - Teresina                             | Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais |                  |                |
| Estado Civil: Casado(a)                                 |                                        |                  |                |
| Nome da Mãe: Maria Jose Vieira da Silva Leal            |                                        |                  |                |

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 618.973.533-91

Endereço

Município: Teresina - PI  
Logradouro: qd a1, c 07  
Complemento: teresina sul  
Bairro: santo antonio

Nº: 07

| Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR ) |
|------------------------------------------------------|
|------------------------------------------------------|

Nacionalidade: Brasileira

Idade:

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| Grupo Veículo          | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
|------------------------|-------------------------------|
| Descrição desconhecido | Veículo Adulterado? Não       |
| Quantidade 1 Unidade   | Situação Meio Empregado       |
| Nome Envolvido         | Envolvimentos                 |
| Desconhecido 1         | Possuidor                     |

RELATO/HISTÓRICO



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar  
Impresso por: Haroldo Bonfim de Oliveira  
Data de Impressão: 04/02/2020 14:55  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003929/2020

o noticiante relata que trafegava a pé pela via acima citada quando foi atropelado por um veículo motocicleta não identificado, lesionou-se, foi socorrido por terceiros e levado ao hospital de urgência de teresina, prontuário de nº 510251.

ASSINATURAS

P.O.

Haroldo Bonfim de Oliveira  
Agente de Polícia  
Matrícula 0095150  
Responsável pelo Atendimento

Ylealdo Vieira Leal  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourão Melo de Aguiar  
Impresso por: Haroldo Bonfim de Oliveira  
Data de Impressão: 04/02/2020 14:55  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 618.973.533-91 4 - Nome completo da vítima: Yhaldo Vieira Real

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

5 - Nome completo: Yhaldo Vieira Real 6 - CPF: 618.973.533-91  
7 - Profissão: Recusado - me 8 - Endereço: Rua Sireu Henriques I 9 - Número: C5 01 10 - Complemento: A-78 A  
11 - Bairro: Starari 12 - Cidade: Barresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.077-250  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 156198821-4516

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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)

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Jau

AGÊNCIA: 0344 CONTA: 79298

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (seu nascer)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 17/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 1003/2010



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 618.973.533-91 4 - Nome completo da vítima: Yhaldo Vieira Real

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

5 - Nome completo: Yhaldo Vieira Real 6 - CPF: 618.973.533-91  
7 - Profissão: Recusado - me 8 - Endereço: Rua Sireu Henriques I 9 - Número: 6501 10 - Complemento: A-78 A  
11 - Bairro: Starari 12 - Cidade: Barueri 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.077-250  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 156198821-4516

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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)

AGÊNCIA:    CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Jau

AGÊNCIA: 0344    CONTA: 79298

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (seu nascer)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 17/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 1003/2010

# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341                      AGÊNCIA: 0477                      CONTA: 000000078857-4

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: YLEALDO VIEIRA LEAL

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00344

CONTA: 000000079298-1

---

---

Autenticação:

D0D93717286339619230C8BFB134C203614027F26E2E7242C73B6EAA3B8A56DF



ÁGUAS DE  
**TERESINA**

CNPJ 27.576.740/000106 - LS 1990 35574  
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Toldo - on Saneam - CEP 64090-040, Teresina - PI  
Telefones: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRICULA 12962040-8 FATURA Nº 153941153  
MÊS/ANO 12/2019

NOME/ENDEREÇO  
MORADOR MARIA JOSE VIEIRA DA SILVA LEAL \*  
PROPRIETÁRIO: YASHTONY VIEIRA LEAL  
CON DIRCEU ARCOVERDE I 0-879 A  
0-081 0-879-C-001-ITABATI-TERESINA-PI-cen:64077250

LOCALIZAÇÃO 007-00034-007550 GRUPO 007 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y195262915

| HISTÓRICO DE CONSUMO | USO | PERÍODO | ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA |
|----------------------|-----|---------|--------------------------------------|
| 11/2019 Residência   | 07  | 10      | 1 Residencial - Normal               |
| 10/2019 Residência   | 00  | 10      |                                      |
| 09/2019 Residência   | 00  | 10      |                                      |
| 08/2019 Residência   | 00  | 10      |                                      |
| 07/2019 Residência   | 00  | 10      |                                      |
| 06/2019 Residência   | 00  | 10      |                                      |

DATA LETURA 09/11/2019 7  
ATUAL 09/12/2019 14 CONSUMO MÊS M3 10  
PS. PASS 21,30x1,43x4 8,31  
COPIN 21,30x1,43x4 8,31

| TABELA DE TÁRIFAS                               | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA | VALOR   |
|-------------------------------------------------|----------------------------------|---------|
| RESIDENCIAL<br>TÁRIFA DE CONSUMO R\$/M3 E (R\$) | VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66     | 30,66   |
| 0 10 0,8668 88                                  | Residencial-Normal               | 10,0 m3 |
| 10 20 0,9120 88                                 | JURCS POR ATRASO                 | 001/001 |
| 20 999999 0,9515 88                             | MULTA POR ATRASO                 | 001/001 |

NÃO RESIDENCIAL  
TÁRIFA DE CONSUMO R\$/M3 E (R\$)

VENCIMENTO 22/12/2019 TOTAL A PAGAR 31,38

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

AVISO: A VIOLAÇÃO DO CONTRATO / AUTO RELICAÇÃO PELO CONSUMIDOR É PASSÍVEL DE MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.

NOTIFICAÇÃO  
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 14, inciso V e Art. 28, § 1º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

| PARÂMETROS          | ANÁLISES REALIZADAS | ANÁLISES EM CONFORMIDADE | ANÁLISES EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|---------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| CLORO LIVRE         | 3,187               | 3,180                    | 7                           | 1,30        | 0,2-5,0 mg/L    |
| COR APARENTE        | 2,487               | 2,485                    | 2                           | 3,94        | Inferior a 15   |
| PH                  | 2,474               | 2,436                    | 38                          | 5,87        | 6,00-9,50       |
| TURBID. COEFICIENTE | 2,483               | 2,477                    | 4                           | 0,93        | Inferior a 5    |

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

| PARÂMETROS    | ANÁLISES REALIZADAS | ANÁLISES EM CONFORMIDADE | ANÁLISES EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|---------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| BIO-SEG. COL. | 13,72               | 13,72                    | 0                           | Ausente     | Ausente         |
|               | 13,72               | 13,72                    | 0                           | Ausente     | Ausente         |

DATA DA EMISSÃO: 09/12/2019 HORA DA EMISSÃO: 13:06

ÁGUAS DE  
**TERESINA**

MATRICULA 12962040-8 FATURA Nº 153941153  
MÊS/ANO 12/2019







HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: YLEALDO VIEIRA LEAL

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510251

*Dina Vieira e Silva*  
SAME - HUT  
Confere com o Original

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:

Imp: 20/11/2019 11:34:12

(User: CLAUDIO AURELIO)

(Estação: GESS002)

|                                                                             |                              |                    |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|---------------------|
| Nome: YLEALDO VIEIRA LEAL                                                   |                              | Prontuário: 510251 |                     |
| Mãe: MARIA JOSE VIEIRA DA SILVA LEAL                                        | Pai:                         |                    |                     |
| End.Resid.: QD 79 CS 01 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                              |                    |                     |
| Nascimento: 26/07/1977                                                      | Idade: 42a3m25d              | Sexo: Masculino    | Fone: 86-98877-8798 |
| Responsável: O MESMO                                                        | CNS: 704303524346191         |                    |                     |
| Profissão: SERV GERAIS                                                      | Documento: Reg.Nasc: 0000000 |                    |                     |
| Instrução: Não informado                                                    | E.Civil: Casado(a)           |                    |                     |

## DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                                                          |                              |                 |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------|--------------------|
| Código: 752665                                                                           | Entrada: 20/11/2019 11:23:10 | Convênio: S U S | Proced: 0301060061 |
| Motivo da Procura<br>(Forme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE) |                              |                 |                    |
| Condução:                                                                                |                              |                 |                    |

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                                                                                                  |                                |                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Sinal/Sintoma de Apresentação:<br>PROBLEMAS EM EXTREMIDADES                                                      | Classificação:<br>Dor moderada | Cor:<br>Amarelo                                                             |
| Breve História Clas. Risco:<br>PACIENTE COM RELATO DE TRAUMA EM PÉ DIREITO.<br>DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA. |                                | SABRINA LORAO C. MAIA DE SOUSA<br>COREN - 207590<br>Em: 20/11/2019 11:26:03 |

|                         |                |                 |            |               |
|-------------------------|----------------|-----------------|------------|---------------|
| SSVV: (Hora: ____:____) |                |                 |            |               |
| Peso: 0,00 Kg           | Altura: 0,00 M | IMC: 0,00 Kg/m2 | Pulso: bpm | Pressão: mmHg |

|                                                                                               |                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Jeixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:<br>TRAUMA EM TORNOZELO D<br>DOR EDEMA LOCAL<br>RX | RAIO-X REALIZADO<br>DATA 20/11/19 HORA<br>TÉCNICO: J. A. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|

|                                                          |              |
|----------------------------------------------------------|--------------|
| Diagnóstico Inicial:<br>Entorse e distensão do tornozelo | CID:<br>S934 |
|----------------------------------------------------------|--------------|

|                                                         |                                                             |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Exames Complementares:<br>(1365769) - TORNOZELO DIREITO | Dina Vieira e Silva<br>SAME - HUT<br>Confere com o Original |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

|                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|
| Prescrição Médica:<br>RAIO-X REALIZADO<br>DATA 23/11/19 HORA<br>TÉCNICO: J. A. |
|--------------------------------------------------------------------------------|

|                                                     |                   |
|-----------------------------------------------------|-------------------|
| Motivo da Alta/Encerramento:<br>Observação (Adulto) | DATA: / / HORA: : |
|-----------------------------------------------------|-------------------|

|                                    |                                                                     |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Assinatura Paciente ou Responsável | CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS<br>3321 Em: 20/11/2019 11:34:11 |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|



# FICHA DE ADMISSÃO



**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

Prontuario:

**510251**

Internação:

252143

|                                                    |                                       |                               |                                             |                                  |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Nome: YLEALDO VIEIRA LEAL</b>                   |                                       |                               |                                             |                                  |
| <b>End. Resid.: QD 79 CS 01 - DIRCEU ARCOVERDE</b> |                                       |                               |                                             |                                  |
| <b>Cidade: TERESINA - PI</b>                       |                                       |                               | <b>CEP: 64000-010</b>                       |                                  |
| <b>Sexo:</b><br>Masculino                          | <b>Nascimento:</b><br>26/07/1977      | <b>Idade:</b><br>42a3m25d     | <b>Estado Civil:</b><br>Casado(a)           | <b>Profissão:</b><br>SERV GERAIS |
| <b>Admissão:</b><br>04/05/2019                     | <b>G. Instrução:</b><br>Não informado | <b>Fone:</b><br>86-98877-8798 | <b>Cartão SUS (CNS):</b><br>704303524346191 | <b>Procedência:</b><br>TERESINA  |
| <b>Pai:</b>                                        |                                       |                               |                                             |                                  |
| <b>Mãe:</b> MARIA JOSE VIEIRA DA SILVA LEAL        |                                       |                               |                                             |                                  |
| <b>Cônjuge:</b>                                    |                                       |                               |                                             |                                  |
| <b>Responsável:</b>                                |                                       |                               |                                             |                                  |
| <b>End. Responsável:</b> -                         |                                       |                               |                                             |                                  |
| <b>Documento:</b>                                  |                                       |                               |                                             |                                  |
| <b>Internou-se neste Hospital:</b> ( ) Sim ( ) Não |                                       |                               |                                             |                                  |
| <b>Internou Noutros Hospitais:</b> ( ) Sim ( ) Não |                                       |                               |                                             |                                  |

**História Clínica:** (Registre as palavras do doente e todos os achados de exames a que foi submetido)

TRAUMA EM TORNOZELO D  
DOR EDEMA LOCAL  
RX FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

|                                              |                      |                          |
|----------------------------------------------|----------------------|--------------------------|
| <b>DIAGNÓSTICO:</b>                          |                      |                          |
| <b>Provisório:</b> Fratura do maléolo medial | <b>C I D:</b>        | S825                     |
| <b>Principal:</b>                            | <b>C I D:</b>        |                          |
| <b>Intercorrência:</b>                       |                      |                          |
| <b>Sintomas e Sinais Principais:</b>         | <b>Causa Mortis:</b> | <b>Hist. Patológico:</b> |

|                    |                            |                   |                  |
|--------------------|----------------------------|-------------------|------------------|
| <b>TRATAMENTO:</b> |                            |                   |                  |
| <b>TIPO:</b>       | <b>TERAPEUTICA MEDICA:</b> | <b>OPERAÇÃO:</b>  | <b>EFICÁCIA:</b> |
| ( ) Nenhum         |                            | <b>Principal:</b> | ( ) Eficaz       |
| ( ) Médico         |                            | <b>Acessoria:</b> | ( ) Ineficaz     |
| ( ) Cirúrgico      |                            |                   | ( ) Prejudicial  |
| ( ) Méd. Cirug.    |                            |                   | ( ) Não Avaliado |

|                                                     |                                                         |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>DURAÇÃO:</b>                                     |                                                         |
| <b>Data Internação:</b>                             | <b>Data Alta:</b>                                       |
| <b>Hora:</b>                                        | <b>Hora:</b>                                            |
| <b>Data Hospitalização:</b>                         |                                                         |
| <b>ALTA SAÍDA:</b>                                  | <b>TRANSFERÊNCIA:</b>                                   |
| ( ) Curado ( ) A Pedido ( ) Por Indisciplina        | ( ) Tisiologia ( ) <=48 H, estado agônico ou pré-agôni  |
| ( ) Melhorado ( ) Int. P/Diagnóstico ( ) Evasão     | ( ) Psiquiatria ( ) <=48 H, SEM estado agônico ou pré-a |
| ( ) Inalterado ( ) Decisão Médica ( ) P.Ambulatório | ( ) Outros ( ) Após 48 horas de Internação              |

Em: 20/11/2019

Ass. Médico







FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA

**FMS**

Fundação Municipal  
de Saúde

**SOLICITAÇÃO DE OPME**  
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: VLEALDO VIEIRA LEAL  
MÉDICO SOLICITANTE: DR. LAD-93E  
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050543  
CÓDIGO OPME: \_\_\_\_\_

**JUSTIFICATIVA:**

Paciente com  
problema de prótese  
necessita troca

*NA*  
Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

Teresina, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Dr. Lad-93E*  
TRAUMATOLOGIA E ORTODONTIA  
Rev. 01 2660 - SP 10/2014

Assinatura do Médico Solicitante

**AUDITOR:**

**AUDITOR:**

Teresina, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Médico Solicitante

MOD. 049 - HUT





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 21/11/19

|                                            |                           |
|--------------------------------------------|---------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Waldo Vieira Leal</u> | PRONTUÁRIO Nº: _____      |
| DIAGNÓSTICO: <u>FM. PULO TUBER</u>         | CIRURGIA: <u>21/11/19</u> |
| ANESTESIA: <u>Dr. Felipe</u>               | Nº DA SALA: <u>05</u>     |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. Roberto</u>              | CPF Nº: _____             |
| AUXILIAR: _____                            | CPF Nº: _____             |
| ANESTESIA: <u>Rogério + Sedução</u>        | CPF Nº: _____             |
| INSTRUMENTADORA: <u>Ana Cláudia</u>        | CPF Nº: _____             |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO           | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|-------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 01     |       | LÂMINA DE BISTURI 24    | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 02     |       | LUVA Nº 7,5             | PAR    | 03     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 02     |       | LUVA Nº 7,0             | PAR    | 02     |       |
| AGULHA RAQUE 26         | UNID. | 01     |       | LUVA DE PROCEDIMENTO    | PAR    | 10     |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 100    |       | PVPI DE GERMANTE        | ML     | 200    |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | —      |       | PVPI TÓPICO             | ML     | 200    |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | 100    |       | PVPI TINTURA            | ML     | —      |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 03     |       | SERINGA 20CC            | UNID.  | 02     |       |
| EQUIPO MACRO- GOTA      | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC            | UNID.  | 02     |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | 20     |       | SERINGA 5CC             | UNID.  | 01     |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. | —      |       | SERINGA 3CC             | UNID.  | 01     |       |
| FORMOL                  | ML    | —      |       | SORO FISIOLÓGICO        | FRASCO | 04     |       |
| GASES                   | PAC.  | 05     |       | SONDA URETRAL           | UNID.  | —      |       |
| JELCO Nº                | UNID. | —      |       | Crepson                 |        | 03     |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA              |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |        |       | cat. GUT. - 05          |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       | Esuono - 03             |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |        |       |                         |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       |        |       |                         |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                         |        |        |       |
| MONONYLON 2-0           | 02    |        |       |                         |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA:             |        |        |       |
| VICRYL 1                | 02    |        |       | CIRCULANTE: <u>Dina</u> |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |                         |        |        |       |

Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original





## MEDICO ASSISTENTE

20





| NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                    | PRONTUÁRIO | DATA NASC  | IDADE | CLÍNICA                                                      | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------|------------|-------|--------------------------------------------------------------|------------|-------|-------------------|
| YLEALDO VIEIRA LEAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    | 510251     | 26/07/1977 | 42    | Ortopédica                                                   | 236        | 35    |                   |
| DATA/HORA<br>CÓDIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PRESCRIÇÃO MÉDICA                                  |            |            |       |                                                              | HORÁRIOS   |       | OBSERVAÇÕES       |
| DI : 20/11/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | FRAT P/LAO TIBIAL                                  |            |            |       |                                                              |            |       |                   |
| 22/11/19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                    |            |            |       |                                                              |            |       |                   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Dieta oral livre                                   |            |            |       |                                                              |            |       |                   |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Jeico salinizado                                   |            |            |       |                                                              |            |       |                   |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Keftin 1g 1amp + AD EV 6/6h                        |            |            |       |                                                              |            |       |                   |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs             |            |            |       |                                                              |            |       |                   |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs                    |            |            |       |                                                              |            |       |                   |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Tramadol 100mg _ 01amp + Sf 0,9% 100ml EV 8/8hs SN |            |            |       |                                                              |            |       |                   |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Bromoprida 10mg/ml -1amp + AD EV 8/8 hs SN         |            |            |       |                                                              |            |       |                   |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Curativos diários                                  |            |            |       |                                                              |            |       |                   |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Cuidados gerais e sinais vitais                    |            |            |       |                                                              |            |       |                   |
| <div>Dr. João Batista L. P. Filho<br/>Ortopedia e Traumatologia / CRM 3357</div> <div>Dr. Paulo H. L. Pereira Filho<br/>Ortopedia e Traumatologia / CRM 3367</div> <div>Dr. Ricardo S. Lima<br/>Ortopedia e Traumatologia / CRM 3367</div> <div>Dr. Yuri Viveiros Felix<br/>Ortopedia e Traumatologia / CRM 3308</div> <div>Dr. Gilson de Azevedo<br/>Ortopedia e Traumatologia / CRM 3308</div> |                                                    |            |            |       | Dina Vieira e Silva<br>SAME - HUT<br>Conte com o Ortopedista |            |       |                   |





HC 7A E

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

| NOME DO PACIENTE    |                                            | PRONTUÁRIO              | CLÍNICA    | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE |
|---------------------|--------------------------------------------|-------------------------|------------|------------|-------|-------------------|
| Vitorino L. Costa   |                                            | 50251                   | Ortopédica |            |       | 2361EXT           |
| DATA/HORA<br>CÓDIGO | PRESCRIÇÃO MÉDICA                          | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM |            |            |       |                   |
|                     |                                            | OBSERVAÇÕES             |            |            |       |                   |
| 14                  | 11                                         |                         |            |            |       |                   |
| 1                   | DIETA ORAL LIVRE                           |                         |            |            |       |                   |
| 2                   | SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA                  |                         |            |            |       |                   |
| 3                   | CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS                  |                         |            |            |       |                   |
| 4                   | RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8/8 h    |                         |            |            |       |                   |
| 5                   | DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h          |                         |            |            |       |                   |
| 6                   | TRILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12h       |                         |            |            |       |                   |
| 7                   | TRAMAL 100MG -1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN |                         |            |            |       |                   |
| 8                   | CUIDADOS GERAIS                            |                         |            |            |       |                   |
| 0                   |                                            |                         |            |            |       |                   |

Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Contate com o Original

11/04/2024 14:00h  
Clínica 2060 1400h





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

263948

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                         |                          |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da<br>Internação |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> | <b>25214</b>            |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                             |                                 |                              |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| 5-Nome: <b>YLEALDO VIEIRA LEAL</b>                          | 6 - Prontuário: <b>510251</b>   |                              |
| CNS: <b>704303524346191</b>                                 | 8-Nascimento: <b>26/07/1977</b> | 9-Sexo: <b>Masculino</b>     |
| Mãe: <b>MARIA JOSE VIEIRA DA SILVA LEAL</b>                 | 12-Fone: <b>86-98877-8798</b>   | 14-Cor: <b>Sem Informaçã</b> |
| Resp: <b>(O MESMO)</b>                                      | 16-Munic: <b>TERESINA</b>       | 17-Cod.IBGE: <b>221100</b>   |
| End: <b>QD 79 CS 01 - DIRCEU ARCOVERDE - CEP: 64000-010</b> | 18-UF: <b>PI</b>                | 19-CEP: <b>64000-010</b>     |

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                                                  |                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 20 - Principais sinais e sintomas clínicos:<br><b>TRAUMA EM TORNOZELO D<br/>DOR EDEMA LOCAL<br/>RX FRATURA DO MALEOLO MEDIAL</b> | 21 - Condições que justificam a internação:<br><b>TRATAMENTO CIRURGICO</b> |
| Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):<br><b>EXAME CLINICO E RX</b>                      |                                                                            |
| Diagnóstico Inicial:<br><b>Fratura do maléolo medial</b>                                                                         |                                                                            |
| 24-CID Prin:<br><b>S825</b>                                                                                                      | 25-CID Sec.:<br><b></b>                                                    |
| 26-CID C.Ass:<br><b></b>                                                                                                         |                                                                            |

Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                               |                                                                                                |                                           |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 28-Cod.Proced.:<br><b>0408050578</b>          | 27-Procedimento Solicitado:<br><b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR</b> | Tempo                                     |
| 29-Clinica:<br><b>02</b>                      | 30-Caráter: Ident.: <b>01</b>                                                                  | 31-Docum.: <b>CPF</b>                     |
| 32-Doc. Méd. Solic.:<br><b>776.327.023-34</b> | 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:<br><b>CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO</b>               | 34-Data Solicitação:<br><b>20/11/2019</b> |

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto  
Médico Ortopedista  
CRM-PI 3054 / RQE 2425

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

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-CBOE:  |
| 38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto                                                                                             |                     |                  |           |
| 45 - Vínculo com a Previdência:<br>( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado |                     |                  |           |

AUTORIZAÇÃO

|                                        |                                         |                                                                                                 |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 47-Data Autorização:<br><b>10/12/19</b> | 50-Ass.CA<br><b>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto</b>                                               |
| 48-Documento:<br>( ) CNS ( ) CPF       | 49-Num. Documento:                      | 51 - Assinatura Paciente ou Responsável:<br><b></b>                                             |
|                                        |                                         | Usuário: <b>DR. CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO</b><br>Consulta Local: <b>752665</b><br>Consulta SUS: |



|                                                                    |                    |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b> | Nº LAUDO: 263948   |
|                                                                    | AIH: 2219102374973 |
| FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO                          |                    |

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                                    |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | <b>CNES</b><br>5828856 |
| <b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT  | <b>CNES</b><br>5828856 |

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                      |                                                   |                                                       |                               |                             |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <b>CARTÃO SUS</b><br>704303524346191 | <b>NOME DO PACIENTE</b><br>YLEALDO VIEIRA LEAL    | <b>NASCIMENTO</b><br>26/07/1977                       | <b>SEXO</b><br>M              | <b>PRONTUÁRIO</b><br>510251 |
| <b>DOCUMENTO CPF</b><br>1592826      | <b>TELEFONE</b><br>8688778798                     | <b>NOME DA MÃE</b><br>MARIA JOSE VIEIRA DA SILVA LEAL | <b>RESPONSÁVEL</b><br>O MESMO |                             |
| <b>CEP</b>                           | <b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b><br>QUADRA 01 CASA 07 |                                                       |                               | <b>NUMERO / LOTE</b>        |
| <b>BAIRRO</b><br>PARQUE PIAUI        | <b>COMPLEMENTO</b>                                | <b>MUNICÍPIO</b><br>TERESINA                          | <b>UF</b><br>PI               |                             |

#### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS**  
TRAUMA EM TORNOZELO DDOR EDEMA LOCALRX FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
TRATAMENTO CIRURGICO

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**  
EXAME CLINICO E RX

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

|                                                                                   |                          |                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b><br>S825 - FRATURA DO MALEOLO MEDIAL | <b>CID 10 SECUNDARIO</b> | <b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
0408050578 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

|                                                                                                                            |                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LEITO/CLÍNICA</b><br>ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA                                                                             | <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br><br><i>Dina Vieira e Silva</i><br>SAME - HUT<br>Confere com o Original |
| <b>CARÁTER</b><br>URGENCIA                                                                                                 | <b>DATA SOLICITAÇÃO</b><br>20/11/2019                                                                                                          |
| <b>DATA ADMISSÃO</b><br>20/11/2019 11:23                                                                                   | <b>DATA ALTA</b><br>22/11/2019 10:00                                                                                                           |
| <b>MOTIVO ALTA</b><br>ALTA MELHORADO                                                                                       |                                                                                                                                                |
| <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br>CAJO VAZ DE OLIVEIRA NETO<br>CPF: 77632702334 CRM: |                                                                                                                                                |

#### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

|                      |                        |                      |              |                        |                     |             |                        |
|----------------------|------------------------|----------------------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|------------------------|
| <b>TIPO ACIDENTE</b> | <b>CNPJ SEGURADORA</b> | <b>Nº DO BILHETE</b> | <b>SÉRIE</b> | <b>CNPJ DA EMPRESA</b> | <b>CNAE EMPRESA</b> | <b>CBOR</b> | <b>NATUREZA DA LES</b> |
|                      |                        |                      |              |                        |                     |             |                        |

#### AUTORIZAÇÃO

**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

|                                                                                                                                                |                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br><br>LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS<br>CPF: 09623442300 CRM: | <b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b><br><br>DATA ANALISE: 20/11/2019 15:16:19 |
| <b>CPF</b>                                                                                                                                     | <b>CRM</b>                                                                                                    |
| <b>DATA ANALISE</b>                                                                                                                            |                                                                                                               |

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**





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                  |  |               | Vitorino Vieira Leal |                |  |
| Diagnóstico pré-operatório        |  |               | TUMOR DE A MOTOBICLO |                |  |
| Operação - Tipo                   |  |               | PANH. CA. PULM T     |                |  |
| Cirurgião                         |  | 1º Assistente |                      | 2º Assistente  |  |
| Dr. Loo-tse                       |  | Dr. Felipe    |                      | Dr. Loo-tse    |  |
| Instrumentador(a)                 |  | Anestesista   |                      | Anestesia      |  |
| Ance Glaydy                       |  | Dr. Felipe    |                      | Raque + Senhas |  |
| Anestésico(a)                     |  |               |                      |                |  |
| Data da Operação                  |  | Início        |                      | Fim            |  |
| 21/11/19                          |  |               |                      |                |  |
| Diagnóstico Pós-operatório        |  |               |                      |                |  |
|                                   |  |               |                      |                |  |
| Relatório Imediato do Patologista |  |               |                      |                |  |
|                                   |  |               |                      |                |  |
| Acidente Durante a Operação       |  |               |                      |                |  |
|                                   |  |               |                      |                |  |

Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① PNR ② ASS ③ CA ④ PNR ⑤ PNR ⑥ PNR ⑦ PNR ⑧ PNR ⑨ PNR ⑩ PNR ⑪ PNR ⑫ PNR ⑬ PNR ⑭ PNR ⑮ PNR ⑯ PNR ⑰ PNR ⑱ PNR ⑲ PNR ⑳ PNR ㉑ PNR ㉒ PNR ㉓ PNR ㉔ PNR ㉕ PNR ㉖ PNR ㉗ PNR ㉘ PNR ㉙ PNR ㉚ PNR ㉛ PNR ㉜ PNR ㉝ PNR ㉞ PNR ㉟ PNR ㊱ PNR ㊲ PNR ㊳ PNR ㊴ PNR ㊵ PNR ㊶ PNR ㊷ PNR ㊸ PNR ㊹ PNR ㊺ PNR ㊻ PNR ㊼ PNR ㊽ PNR ㊾ PNR ㊿ PNR







# FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

|                                                                                                    |                                                                         |                                                                                                           |                |              |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| NOME DO PACIENTE <u>Vicente Vieira Leal</u>                                                        |                                                                         |                                                                                                           |                |              | Nº DE REGISTRO                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| DATA: <u>22.11.19</u>                                                                              | P. ARTERIAL                                                             | PULSO                                                                                                     | RESPIRAÇÃO     | TEMPERATURA  | PESO                               | ALTURA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| EXAMES DE SANGUE                                                                                   | GR. SANGÜÍNEO                                                           | HEMATIMETRIA                                                                                              | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS | GLICEMIA                           | DOS. URÉIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| EXAMES DE URINA                                                                                    |                                                                         |                                                                                                           |                |              |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA                                                                                |                                                                         |                                                                                                           |                |              |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| SISTEMA CRICULATÓRIO                                                                               |                                                                         |                                                                                                           |                |              | ELETROCARDIOGRAMA                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>Asma, 12 anos &gt; 8 anos, sem alergia</u>                                 |                                                                         |                                                                                                           |                |              | ASMA                               | BRONquite                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| SISTEMA DIGESTIVO                                                                                  |                                                                         |                                                                                                           |                |              | SISTEMA URINÁRIO                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| ESTADO MENTAL                                                                                      |                                                                         |                                                                                                           |                | CORTICOIDES  | ATARAXICOS                         | OUTROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO                                                                         |                                                                         |                                                                                                           |                |              | FÍSICOS                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)                                                                      |                                                                         |                                                                                                           |                | APLICADO AS  | EFEITOS                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| AGENTES ANESTÉSICOS                                                                                | OXIGÊNIO<br>1<br>2<br>3<br>A <sub>1</sub>                               | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>13:30</span> <span>13:40</span> </div> |                |              |                                    | TOTAL DE DOSES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| LÍQUIDOS                                                                                           | SO-UTO 500<br>400<br>SANGUE 300<br>200<br>OUTROS 100                    |                                                                                                           |                |              |                                    | 1. Mefenidol 12g<br>2. mupiro 80g<br>3. Ceftriaxona 2g<br>4. fentanil 20g<br>5. Propofol 2g<br>6. Ondansetron 4g<br>7. Rocuronio 20g                                                                                                                                                                                                                     |  |
| TEMPERATURA T                                                                                      | C° 260<br>58.9 38 2                                                     |                                                                                                           |                |              |                                    | SEQUÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| P. ARTERIAL V O PULSO                                                                              | 38 200<br>180<br>160<br>140<br>120<br>100<br>80<br>60<br>40<br>20<br>10 |                                                                                                           |                |              |                                    | 1. Rocuronio 1g 266<br>2. Propofol 1g 266<br>3. fentanil 1g 266<br>4. mupiro 1g 266<br>5. Ondansetron 1g 266<br>6. Rocuronio 1g 266<br>7. Rocuronio 1g 266<br>8. Rocuronio 1g 266<br>9. Rocuronio 1g 266<br>10. Rocuronio 1g 266<br>11. Rocuronio 1g 266<br>12. Rocuronio 1g 266<br>13. Rocuronio 1g 266<br>14. Rocuronio 1g 266<br>15. Rocuronio 1g 266 |  |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X                                                                           |                                                                         |                                                                                                           |                |              |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO                                                                              |                                                                         |                                                                                                           |                |              |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| RESPIRAÇÃO O                                                                                       |                                                                         |                                                                                                           |                |              |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| SÍMBOLOS K O 0 x 1                                                                                 |                                                                         |                                                                                                           |                |              | DURAÇÃO 50 min                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| TÉCNICAS <u>Propofol + fentanil</u>                                                                |                                                                         |                                                                                                           |                |              | INCIDENTE - ACIDENTE               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| OPERAÇÕES <u>osteomielite de fêmur bilateral</u>                                                   |                                                                         |                                                                                                           |                |              |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| CIRURGIÕES <u>Lao</u>                                                                              |                                                                         |                                                                                                           |                |              |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| ANESTESISTAS <u>Felipe Roberto Brito Pinheiro</u><br><u>ANESTESIOLOGISTA</u><br><u>CRM-PA 6222</u> |                                                                         |                                                                                                           |                |              |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <u>Dina Vieira e Silva</u><br>SAME - HUT<br>Confira com o Original                                 |                                                                         |                                                                                                           |                |              |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| PARITICULARIDADES                                                                                  |                                                                         |                                                                                                           |                |              | CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |

HUT







HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **YLEALDO VIEIRA LEAL** (Prontuário: 510251)  
Endereço: QD 79 CS 01 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 26/07/1977 Idade: 42a3m28d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752665  
Requisição: 1026773 Solicitação: 20/11/2019 Solicitante: CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS  
Controle: 1365769 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 20/11/2019

### TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em  
pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no maléolo tibial medial.
- Partes moles sem particularidades.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/11/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687  
Profissional Responsável

*Dina Vieira e Silva*  
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: 08.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **YLEALDO VIEIRA LEAL** (Prontuário: 510251)  
Endereço: QD 79 CS 01 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP 64000-010  
Nascimento: 26/07/1977 Idade: 42a5m11d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 252221  
Requisição: 1045068 Solicitação: 06/01/2020 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA  
Controle: 1404560 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 35

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 06/01/2020

### TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em  
pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no maléolo lateral fixada com placa e parafusos metálicos.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 06/01/2020

*Dina Vieira e Silva*  
SAME - HUT  
Confere com o Original

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**  
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
Profissional Responsável





AFETADO ALEIRIA FEUT  
EXONT EICOSP VACC  
HOSPITAL DE ORTOPEDIA DE DEBECIA DE  
DIA 18/06/2018  
FIM: ACHORACAO  
CID 8 22 1 010

DIREITO





**CLÍNICA  
MACHADO**

## RELATÓRIO MÉDICO

Declinamos que o paciente vítima  
de uma queda de altura de 10 metros,  
fato ocorrido em 20.11.2019 às 11:23h,  
tema sofrido forte trauma em nível, car-  
sina com fratura no málculo  
tibial medial, onde foi feito  
cirurgicamente a redução de fratura  
com alça definitiva, com  
alça definitiva; forte dor, limitação  
de movimento, com sensação  
de encurtamento de membro inferior.  
Com comprometimento  
funcional de 85%.

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologia - Dermatologia  
Clínica Geral e Cirurgia  
CRM: 1564-PI - CRM: 2650-MA  
(66) 9 9532-1987 - Teresina-PI

23.07.2020

**Residencial Tropical Park**

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 98821-0151 • 98827-3736 • 98827-0020





HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: YLEALDO VIEIRA LEAL

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510251

*Dina Vieira e Silva*  
SAME - HUT  
Confere com o Original

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:

Imp: 20/11/2019 11:34:12

(User: CLAUDIO AURELIO)

(Estação: GESS002)

|                                                                             |                              |                    |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|---------------------|
| Nome: YLEALDO VIEIRA LEAL                                                   |                              | Prontuário: 510251 |                     |
| Mãe: MARIA JOSE VIEIRA DA SILVA LEAL                                        | Pai:                         |                    |                     |
| End.Resid.: QD 79 CS 01 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                              |                    |                     |
| Nascimento: 26/07/1977                                                      | Idade: 42a3m25d              | Sexo: Masculino    | Fone: 86-98877-8798 |
| Responsável: O MESMO                                                        | CNS: 704303524346191         |                    |                     |
| Profissão: SERV GERAIS                                                      | Documento: Reg.Nasc: 0000000 |                    |                     |
| Instrução: Não informado                                                    | E.Civil: Casado(a)           |                    |                     |

## DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                                                          |                              |                 |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------|--------------------|
| Código: 752665                                                                           | Entrada: 20/11/2019 11:23:10 | Convênio: S U S | Proced: 0301060061 |
| Motivo da Procura<br>(Forme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE) |                              |                 |                    |
| Condução:                                                                                |                              |                 |                    |

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                                                                                                  |                                |                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Sinal/Sintoma de Apresentação:<br>PROBLEMAS EM EXTREMIDADES                                                      | Classificação:<br>Dor moderada | Cor:<br>Amarelo                                                             |
| Breve História Clas. Risco:<br>PACIENTE COM RELATO DE TRAUMA EM PÉ DIREITO.<br>DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA. |                                | SABRINA LORAO C. MAIA DE SOUSA<br>COREN - 207590<br>Em: 20/11/2019 11:26:03 |

|                         |                |                 |            |               |
|-------------------------|----------------|-----------------|------------|---------------|
| SSVV: (Hora: ____:____) |                |                 |            |               |
| Peso: 0,00 Kg           | Altura: 0,00 M | IMC: 0,00 Kg/m2 | Pulso: bpm | Pressão: mmHg |

## Jeixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

TRAUMA EM TORNOZELO D  
DOR EDEMA LOCAL  
RX

RAIO-X REALIZADO  
DATA 20/11/19 HORA  
TÉCNICO: J. A.

Diagnóstico Inicial:  
Entorse e distensão do tornozelo

CID:  
S934

## Exames Complementares:

(1365769) - TORNOZELO DIREITO

Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

## Prescrição Médica:

RAIO-X REALIZADO  
DATA 23/11/19 HORA  
TÉCNICO: J. A.

## Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS  
3321 Em: 20/11/2019 11:34:11





# FICHA DE ADMISSÃO



**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

Prontuario:

**510251**

Internação:

252143

|                                                    |                                       |                               |                                             |                                  |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Nome: YLEALDO VIEIRA LEAL</b>                   |                                       |                               |                                             |                                  |
| <b>End. Resid.: QD 79 CS 01 - DIRCEU ARCOVERDE</b> |                                       |                               |                                             |                                  |
| <b>Cidade: TERESINA - PI</b>                       |                                       |                               | <b>CEP: 64000-010</b>                       |                                  |
| <b>Sexo:</b><br>Masculino                          | <b>Nascimento:</b><br>26/07/1977      | <b>Idade:</b><br>42a3m25d     | <b>Estado Civil:</b><br>Casado(a)           | <b>Profissão:</b><br>SERV GERAIS |
| <b>Admissão:</b><br>04/05/2019                     | <b>G. Instrução:</b><br>Não informado | <b>Fone:</b><br>86-98877-8798 | <b>Cartão SUS (CNS):</b><br>704303524346191 | <b>Procedência:</b><br>TERESINA  |
| <b>Pai:</b>                                        |                                       |                               |                                             |                                  |
| <b>Mãe:</b> MARIA JOSE VIEIRA DA SILVA LEAL        |                                       |                               |                                             |                                  |
| <b>Cônjuge:</b>                                    |                                       |                               |                                             |                                  |
| <b>Responsável:</b>                                |                                       |                               |                                             |                                  |
| <b>End. Responsável:</b> -                         |                                       |                               |                                             |                                  |
| <b>Documento:</b>                                  |                                       |                               |                                             |                                  |
| <b>Internou-se neste Hospital:</b> ( ) Sim ( ) Não |                                       |                               |                                             |                                  |
| <b>Internou Noutros Hospitais:</b> ( ) Sim ( ) Não |                                       |                               |                                             |                                  |

**História Clínica:** (Registre as palavras do doente e todos os achados de exames a que foi submetido)

TRAUMA EM TORNOZELO D  
DOR EDEMA LOCAL  
RX FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

|                                              |                      |                          |
|----------------------------------------------|----------------------|--------------------------|
| <b>DIAGNÓSTICO:</b>                          |                      |                          |
| <b>Provisório:</b> Fratura do maléolo medial | <b>C I D:</b>        | S825                     |
| <b>Principal:</b>                            | <b>C I D:</b>        |                          |
| <b>Intercorrência:</b>                       |                      |                          |
| <b>Sintomas e Sinais Principais:</b>         | <b>Causa Mortis:</b> | <b>Hist. Patológico:</b> |

|                    |                            |                   |                  |
|--------------------|----------------------------|-------------------|------------------|
| <b>TRATAMENTO:</b> |                            |                   |                  |
| <b>TIPO:</b>       | <b>TERAPEUTICA MEDICA:</b> | <b>OPERAÇÃO:</b>  | <b>EFICÁCIA:</b> |
| ( ) Nenhum         |                            | <b>Principal:</b> | ( ) Eficaz       |
| ( ) Médico         |                            |                   | ( ) Ineficaz     |
| ( ) Cirúrgico      |                            | <b>Acessoria:</b> | ( ) Prejudicial  |
| ( ) Méd. Cirug.    |                            |                   | ( ) Não Avaliado |

|                                                      |                                                          |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>DURAÇÃO:</b>                                      |                                                          |
| <b>Data Internação:</b>                              | <b>Data Alta:</b>                                        |
| <b>Hora:</b>                                         | <b>Hora:</b>                                             |
| <b>Data Hospitalização:</b>                          |                                                          |
| <b>ALTA SAÍDA:</b>                                   | <b>TRANSFERÊNCIA:</b>                                    |
| ( ) Curado ( ) A Pedido ( ) Por Indisciplina         | ( ) Tisiologia ( ) <= 48 H, estado agônico ou pré-agôni  |
| ( ) Melhorado ( ) Int. P/Diagnóstico ( ) Evasão      | ( ) Psiquiatria ( ) <= 48 H, SEM estado agônico ou pré-a |
| ( ) Inalterado ( ) Decisão Médica ( ) P. Ambulatório | ( ) Outros ( ) Após 48 horas de Internação               |

Em: 20/11/2019

Ass. Médico







FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA

**FMS**

Fundação Municipal  
de Saúde

**SOLICITAÇÃO DE OPME**  
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: VLEALDO VIEIRA LEAL  
MÉDICO SOLICITANTE: DR. LAD-93E  
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050543  
CÓDIGO OPME: \_\_\_\_\_

**JUSTIFICATIVA:**

Paciente com  
problema de prótese  
necessita troca

*NA*  
Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

Teresina, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Dr. Lad-93E*  
TRAUMATOLOGIA E ORTODONTIA  
Rev. 01 2660 - SP 10/2014

Assinatura do Médico Solicitante

**AUDITOR:**

**AUDITOR:**

Teresina, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Médico Solicitante

MOD. 049 - HUT





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 21/11/19

|                                              |                                |
|----------------------------------------------|--------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Valeado Vieira Leal</u> | PRONTUÁRIO Nº: _____           |
| DIAGNÓSTICO: <u>FM. PIVOT TUBER</u>          | CIRURGIA: <u>Pivotal Pivot</u> |
| ANESTESIA: <u>Dr. Felipe</u>                 | Nº DA SALA: <u>05</u>          |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. Roberto</u>                | CPF Nº: _____                  |
| AUXILIAR: _____                              | CPF Nº: _____                  |
| ANESTESIA: <u>Rogério + Sedução</u>          | CPF Nº: _____                  |
| INSTRUMENTADORA: <u>Ana Cláudia</u>          | CPF Nº: _____                  |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO           | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|-------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 01     |       | LÂMINA DE BISTURI 84    | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 02     |       | LUVA Nº 7,5             | PAR    | 03     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 02     |       | LUVA Nº 7,0             | PAR    | 02     |       |
| AGULHA RAQUE 26         | UNID. | 01     |       | LUVA DE PROCEDIMENTO    | PAR    | 10     |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 100    |       | PVPI DE GERMANTE        | ML     | 200    |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | —      |       | PVPI TÓPICO             | ML     | 200    |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | 100    |       | PVPI TINTURA            | ML     | —      |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 03     |       | SERINGA 20CC            | UNID.  | 02     |       |
| EQUIPO MACRO- GOTA      | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC            | UNID.  | 02     |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | 20     |       | SERINGA 5CC             | UNID.  | 01     |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. | —      |       | SERINGA 3CC             | UNID.  | 01     |       |
| FORMOL                  | ML    | —      |       | SORO FISIOLÓGICO        | FRASCO | 04     |       |
| GASES                   | PAC.  | 05     |       | SONDA URETRAL           | UNID.  | —      |       |
| JELCO Nº                | UNID. | —      |       | Crepson                 |        | 03     |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA              |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |        |       | cateteres - 05          |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       | Esuono - 03             |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |        |       |                         |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       |        |       |                         |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                         |        |        |       |
| MONONYLON 2-0           | 02    |        |       |                         |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA:             |        |        |       |
| VICRYL 1                | 02    |        |       | CIRCULANTE: <u>Dina</u> |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |                         |        |        |       |

Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original



## MEDICO ASSISTENTE

20



| NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                  |                                                    | PRONTUÁRIO | DATA NASC. | IDADE | CLÍNICA    | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------|------------|-------|------------|------------|-------|-------------------|
| YLEALDO VIEIRA LEAL                                                                                                                                                               |                                                    | 510251     | 26/07/1977 | 42    | Ortopédica | 236        | 35    |                   |
| DATA/HORA<br>CÓDIGO                                                                                                                                                               | PRESCRIÇÃO MÉDICA                                  |            |            |       |            |            |       |                   |
| DI : 20/11/2019                                                                                                                                                                   | FRAT P/LAO TIBIAL                                  |            |            |       |            |            |       |                   |
| 22/11/19                                                                                                                                                                          |                                                    |            |            |       |            |            |       |                   |
| 1                                                                                                                                                                                 | Dieta oral livre                                   |            |            |       |            |            |       |                   |
| 2                                                                                                                                                                                 | Jeito salinizado                                   |            |            |       |            |            |       |                   |
| 3                                                                                                                                                                                 | Keteflin 1g 1amp + AD EV 6/6h                      |            |            |       |            |            |       |                   |
| 4                                                                                                                                                                                 | Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs             |            |            |       |            |            |       |                   |
| 5                                                                                                                                                                                 | Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs                    |            |            |       |            |            |       |                   |
| 6                                                                                                                                                                                 | Tramadol 100mg _ 01amp + Sf 0,9% 100ml EV 8/8hs SN |            |            |       |            |            |       |                   |
| 7                                                                                                                                                                                 | Bromoprida 10mg/ml -1amp + AD EV 8/8 hs SN         |            |            |       |            |            |       |                   |
| 8                                                                                                                                                                                 | Curativos diários                                  |            |            |       |            |            |       |                   |
| 9                                                                                                                                                                                 | Cuidados gerais e sinais vitais                    |            |            |       |            |            |       |                   |
| <div>Dr. João Batista L. Filho<br/>CRM 3357</div> <div>Dina Vieira e Silva<br/>SAME - HUT<br/>Conte com o Ortopedista</div> <div>Dr. Paulo H. L. Pereira Filho<br/>CRM 3367</div> |                                                    |            |            |       |            |            |       |                   |
| Osteopatia e Traumatologia / Osteopatia e Traumatologia / Osteopatia e Traumatologia / Osteopatia e Traumatologia                                                                 |                                                    |            |            |       |            |            |       |                   |
| CRM/3415-TEOT/0029 / CRM/P/2308 / CRM/3766-TEOT/11305 / CRM/3367                                                                                                                  |                                                    |            |            |       |            |            |       |                   |







UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
IRGENCIA DE TERESINA - HUT

HQ 1ª E

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                                             |                                             |            |                                                             |            |       |                   |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------|------------|-------|-------------------|
| NOME DO PACIENTE                                            |                                             | PRONTUÁRIO | CLÍNICA                                                     | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE |
| Vitorino L. Costa                                           |                                             | 810251     | Ortopédica                                                  |            |       | 236/EX            |
| DATA/HORA<br>CÓDIGO                                         | PRESCRIÇÃO MÉDICA                           |            | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM<br>OBSERVAÇÕES                      |            |       |                   |
| 21                                                          | 11                                          |            |                                                             |            |       |                   |
| 14                                                          | 1                                           |            |                                                             |            |       |                   |
| 1                                                           | DIETA ORAL LIVRE                            |            | Nutrição L. G. Soares, Berlin<br>Nutricionista<br>CRN 10558 |            |       |                   |
| 2                                                           | SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA                   |            |                                                             |            |       |                   |
| 3                                                           | CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS                   |            |                                                             |            |       |                   |
| 4                                                           | RANITIDINA 50 MG - A AMP + AD, EV, 8/8 h    |            |                                                             |            |       |                   |
| 5                                                           | DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h           |            |                                                             |            |       |                   |
| 6                                                           | TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12h         |            |                                                             |            |       |                   |
| 7                                                           | TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN |            |                                                             |            |       |                   |
| 8                                                           | CUIDADOS GERAIS                             |            |                                                             |            |       |                   |
| Dina Vieira e Silva<br>SAME - HUT<br>Confere com o Original |                                             |            |                                                             |            |       |                   |
| 0                                                           |                                             |            |                                                             |            |       |                   |



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

263948

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                         |                          |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da<br>Internação |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> | <b>25214</b>            |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                             |                                 |                               |                  |                          |
|---------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------|--------------------------|
| 5-Nome: <b>YLEALDO VIEIRA LEAL</b>          | 6 - Prontuário: <b>510251</b>   |                               |                  |                          |
| CNS: <b>704303524346191</b>                 | 8-Nascimento: <b>26/07/1977</b> | 9-Sexo: <b>Masculino</b>      |                  |                          |
| Mãe: <b>MARIA JOSE VIEIRA DA SILVA LEAL</b> | 12-Fone: <b>86-98877-8798</b>   | 14-Cor: <b>Sem Informação</b> |                  |                          |
| Resp: <b>(O MESMO)</b>                      | 16-Munic: <b>TERESINA</b>       | 17-Cod.IBGE: <b>221100</b>    | 18-UF: <b>PI</b> | 19-CEP: <b>64000-010</b> |

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                                                  |                                                                            |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 20 - Principais sinais e sintomas clínicos:<br><b>TRAUMA EM TORNOZELO D<br/>DOR EDEMA LOCAL<br/>RX FRATURA DO MALEOLO MEDIAL</b> | 21 - Condições que justificam a internação:<br><b>TRATAMENTO CIRURGICO</b> |                          |
| Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):<br><b>EXAME CLINICO E RX</b>                      |                                                                            |                          |
| Diagnóstico Inicial:<br><b>Fratura do maléolo medial</b>                                                                         |                                                                            |                          |
| 24-CID Prin:<br><b>S825</b>                                                                                                      | 25-CID Sec.:<br><b></b>                                                    | 26-CID C.Ass:<br><b></b> |

Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                  |                                                                                                |                               |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------|
| 28-Cod.Proced.:<br><b>0408050578</b>                                             | 27-Procedimento Solicitado:<br><b>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR</b> | Tempo                         |                                               |
| 29-Clinica:<br><b>02</b>                                                         | 30-Caráter: Ident.: <b>01</b>                                                                  | 31-Docum.: <b>CPF</b>         | 32-Doc. Méd. Solic.:<br><b>776.327.023-34</b> |
| 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:<br><b>CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO</b> | 34-Data Solicitação:<br><b>20/11/2019</b>                                                      | 35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CPM) |                                               |

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto  
Médico Ortopedista  
CRM-PI 3054 / RQE 2425

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

|                                        |                                         |                                          |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 47-Data Autorização:<br><b>10/12/19</b> | 50-Ass.CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO         |
| 48-Documento:<br>( ) CNS ( ) CPF       | 49-Num. Documento:                      | 51 - Assinatura Paciente ou Responsável: |
| Usuário: <b>EDNAN SOARES COUTINHO</b>  |                                         | Consultas: <b>752665</b>                 |
| Consultas SUS:                         |                                         |                                          |



|                                                                    |                    |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b> | Nº LAUDO: 263948   |
|                                                                    | AIH: 2219102374973 |
| FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO                          |                    |

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                                    |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | <b>CNES</b><br>5828856 |
| <b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT  | <b>CNES</b><br>5828856 |

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                      |                                                   |                                                       |                               |                             |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <b>CARTÃO SUS</b><br>704303524346191 | <b>NOME DO PACIENTE</b><br>YLEALDO VIEIRA LEAL    | <b>NASCIMENTO</b><br>26/07/1977                       | <b>SEXO</b><br>M              | <b>PRONTUÁRIO</b><br>510251 |
| <b>DOCUMENTO CPF</b><br>1592826      | <b>TELEFONE</b><br>8688778798                     | <b>NOME DA MÃE</b><br>MARIA JOSE VIEIRA DA SILVA LEAL | <b>RESPONSÁVEL</b><br>O MESMO |                             |
| <b>CEP</b>                           | <b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b><br>QUADRA 01 CASA 07 |                                                       |                               | <b>NUMERO / LOTE</b>        |
| <b>BAIRRO</b><br>PARQUE PIAUI        | <b>COMPLEMENTO</b>                                | <b>MUNICÍPIO</b><br>TERESINA                          | <b>UF</b><br>PI               |                             |

#### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS**  
TRAUMA EM TORNOZELO DDOR EDEMA LOCALRX FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
TRATAMENTO CIRURGICO

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**  
EXAME CLINICO E RX

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

|                                                                                   |                          |                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b><br>S825 - FRATURA DO MALEOLO MEDIAL | <b>CID 10 SECUNDARIO</b> | <b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
0408050578 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

|                                                            |                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LEITO/CLÍNICA</b><br>ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA             | <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br><br><i>Dina Vieira e Silva</i><br>SAME - HUT<br>Confere com o Original |
| <b>CARÁTER</b><br>URGENCIA                                 | <b>DATA SOLICITAÇÃO</b><br>20/11/2019                                                                                                          |
| <b>DATA ADMISSÃO</b><br>20/11/2019 11:23                   | <b>DATA ALTA</b><br>22/11/2019 10:00                                                                                                           |
| <b>MOTIVO ALTA</b><br>ALTA MELHORADO                       |                                                                                                                                                |
| <b>CAJAZ VAZ DE OLIVEIRA NETO</b><br>CPF: 77632702334 CRM: |                                                                                                                                                |

#### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

|                      |                        |                      |              |                        |                     |             |                        |
|----------------------|------------------------|----------------------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|------------------------|
| <b>TIPO ACIDENTE</b> | <b>CNPJ SEGURADORA</b> | <b>Nº DO BILHETE</b> | <b>SÉRIE</b> | <b>CNPJ DA EMPRESA</b> | <b>CNAE EMPRESA</b> | <b>CBOR</b> | <b>NATUREZA DA LES</b> |
|                      |                        |                      |              |                        |                     |             |                        |

#### AUTORIZAÇÃO

**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

|                                                                                                                                                |                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br><br>LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS<br>CPF: 09623442300 CRM: | <b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVILAÇÃO / AUDITORIA</b><br><br>DATA ANALISE: 20/11/2019 15:16:19 |
| <b>CPF</b>                                                                                                                                     | <b>CRM</b>                                                                                                   |
| <b>DATA ANALISE</b>                                                                                                                            |                                                                                                              |

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**





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                  |  |               | Vitorino Vieira Leal   |                |  |
| Diagnóstico pré-operatório        |  |               | TUMOR DE A NOTURBU (D) |                |  |
| Operação - Tipo                   |  |               | PANH. CA. PULS T       |                |  |
| Cirurgião                         |  | 1º Assistente |                        | 2º Assistente  |  |
| Dr. Loo-tse                       |  | Dr. Felipe    |                        | Dr. Loo-tse    |  |
| Instrumentador(a)                 |  | Anestesista   |                        | Anestesia      |  |
| Ance Glaydy                       |  | Dr. Felipe    |                        | Raque + Senhas |  |
| Anestésico(a)                     |  |               |                        |                |  |
| Data da Operação                  |  | Início        |                        | Fim            |  |
| 21/11/19                          |  |               |                        |                |  |
| Diagnóstico Pós-operatório        |  |               |                        |                |  |
|                                   |  |               |                        |                |  |
| Relatório Imediato do Patologista |  |               |                        |                |  |
|                                   |  |               |                        |                |  |
| Acidente Durante a Operação       |  |               |                        |                |  |
|                                   |  |               |                        |                |  |

Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

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

① DNR ② ASS ③ CA ④ PULS ⑤ PULS ⑥ PULS ⑦ PULS ⑧ PULS ⑨ PULS ⑩ PULS



# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Ylealdo Vieira Leal

HORÁRIO DE ADMISSÃO 12 hs 00 min

IDADE        anos

DATA 21/11/21

CIRURGIA REALIZADA        TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO

CIRURGIÃO       

## SINAIS VITAIS

## HORÁRIO

## ADMISSÃO

## SAÍDA

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)

106 x 62

FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)

80

98 x 57

SATURAÇÃO DE O<sub>2</sub> (%)

99%

63

TEMPERATURA AXILAR (°C)

-

99%

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)

-

NOME/MATRÍCULA

Anunciadas

## ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

## ADMISSÃO

## SAÍDA

## ATIVIDADE MUSCULAR

Movimenta os quatro membros

2

2

2

2

2

Movimenta dois membros

1

1

1

1

1

É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando

0

0

0

0

0

É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente

2

2

2

2

2

Apresenta dispnéia ou limitação da respiração

1

1

1

1

1

Tem apnéia

0

0

0

0

0

PA em 20% do nível pré-anestésico

2

2

2

2

2

PA em 20-49% do nível anestésico

1

1

1

1

1

PA em 50% do nível pré-anestésico

0

0

0

0

0

Esta lúcido e orientado no tempo e espaço

2

2

2

2

2

Desperta, se solicitado

1

1

1

1

1

Não responde

0

0

0

0

0

É capaz de manter saturação de O<sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente

2

2

2

2

2

Necessita de O<sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%

1

1

1

1

1

Apresenta saturação de O<sub>2</sub> menor de 90%, mesmo com suplemento de O<sub>2</sub>

0

0

0

0

0

## ESCALA DE DOR ADMISSÃO



TOTAL

09

## ESCALA DE DOR ALTA



ASS.

*Cristiane Tiburcio de Mello Ferreira*  
COREN - PI 149441  
ENFERMEIRA

( ) Sonda Vesical

( ) Dreno de Sucção

( ) Dreno Torácico

( ) DVE

( ) Colostomia

Sonda ( ) Nasog ( ) Nasal

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

12h - Paciente admitido na SRPA, em POI de Fratura de Platô ribi sob efeito de Raquiambiotex, corcúente, orientado, fônico, eupné a O<sub>2</sub>. HV em curso. SSW estáveis.

*Cristiane Tiburcio de Mello Ferreira*  
COREN - PI 149441  
ENFERMEIRA

*Dina Vieira e Silva*  
SAME - HUT  
Confere com o Original

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA





# FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

|                                                             |                                                                                                                                                                              |                                 |                |              |                      |                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------|--------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE <u>Vicente Vieira Leal</u>                 |                                                                                                                                                                              |                                 |                |              | Nº DE REGISTRO       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| DATA: <u>22.11.19</u>                                       | P. ARTERIAL                                                                                                                                                                  | PULSO                           | RESPIRAÇÃO     | TEMPERATURA  | PESO                 | ALTURA                                                                                                                                                                                                                                        |
| EXAMES DE SANGUE                                            | GR. SANGÜÍNEO                                                                                                                                                                | HEMATIMETRIA                    | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS | GLICEMIA             | DOS. URÉIA                                                                                                                                                                                                                                    |
| EXAMES DE URINA                                             |                                                                                                                                                                              |                                 |                |              |                      |                                                                                                                                                                                                                                               |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA                                         |                                                                                                                                                                              |                                 |                |              |                      |                                                                                                                                                                                                                                               |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO                                        |                                                                                                                                                                              |                                 |                |              | ELETROCARDIOGRAMA    |                                                                                                                                                                                                                                               |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>Aspi, 12mm &gt; 8 hms, sem alar</u> |                                                                                                                                                                              |                                 |                |              | ASMA                 | BRONquite                                                                                                                                                                                                                                     |
| SISTEMA DIGESTIVO                                           |                                                                                                                                                                              |                                 |                |              | SISTEMA URINÁRIO     |                                                                                                                                                                                                                                               |
| ESTADO MENTAL                                               |                                                                                                                                                                              |                                 |                | CORTICOIDES  | ATARAXICOS           | OUTROS                                                                                                                                                                                                                                        |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO                                  |                                                                                                                                                                              |                                 |                |              | FÍSICOS              |                                                                                                                                                                                                                                               |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)                               |                                                                                                                                                                              |                                 |                | APLICADO AS  | EFEITOS              |                                                                                                                                                                                                                                               |
| AGENTES ANESTÉSICOS                                         | OXIGÊNIO<br>1<br>2<br>3<br>A <sub>1</sub>                                                                                                                                    | 13:30 13:40                     |                |              |                      | TOTAL DE DOSES                                                                                                                                                                                                                                |
| LÍQUIDOS                                                    | SO-UTO 500<br>400<br>SANGUE 300<br>200<br>OUTROS 100                                                                                                                         | [Handwritten notes and graphs]  |                |              |                      | 1. Mefenidol 12g<br>2. mupif 80g<br>3. Ceftriaxona 2g<br>4. fentanil 20g<br>5. Propofol 2g<br>6. Ondansetron 4g<br>7. Rocuronio 20g                                                                                                           |
| TEMPERATURA T                                               | C° 260<br>250<br>240<br>230<br>220<br>210<br>200<br>190<br>180<br>170<br>160<br>150<br>140<br>130<br>120<br>110<br>100<br>90<br>80<br>70<br>60<br>50<br>40<br>30<br>20<br>10 | [Handwritten temperature graph] |                |              |                      | SEQUÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                     |
| P. ARTERIAL V O PULSO                                       | 38<br>2<br>200<br>180<br>160<br>140<br>120<br>100<br>80<br>60<br>40<br>20<br>10                                                                                              | [Handwritten pulse graph]       |                |              |                      | 1. Rocuronio 120g<br>2. Rocuronio 120g<br>3<br>4. Rocuronio 120g<br>5. Rocuronio 120g<br>6. Rocuronio 120g<br>7. Rocuronio 120g<br>8. Rocuronio 120g<br>9. Rocuronio 120g<br>10. Rocuronio 120g<br>11. Rocuronio 120g<br>12<br>13<br>14<br>15 |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X                                    | 140<br>120<br>100<br>80<br>60<br>40<br>20<br>10                                                                                                                              | [Handwritten anesthesia graph]  |                |              |                      |                                                                                                                                                                                                                                               |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO                                       | 140<br>120<br>100<br>80<br>60<br>40<br>20<br>10                                                                                                                              | [Handwritten surgery graph]     |                |              |                      |                                                                                                                                                                                                                                               |
| RESPIRAÇÃO O                                                | 140<br>120<br>100<br>80<br>60<br>40<br>20<br>10                                                                                                                              | [Handwritten respiration graph] |                |              |                      |                                                                                                                                                                                                                                               |
| SÍMBOLOS K O 0 x 1                                          |                                                                                                                                                                              |                                 |                |              | DURAÇÃO 50 min       |                                                                                                                                                                                                                                               |
| TÉCNICAS <u>Propofol + Rocuronio</u>                        |                                                                                                                                                                              |                                 |                |              | INCIDENTE - ACIDENTE |                                                                                                                                                                                                                                               |
| OPERAÇÕES <u>Exatometria de fonoaudiologia</u>              |                                                                                                                                                                              |                                 |                |              |                      |                                                                                                                                                                                                                                               |
| CIRURGIÕES <u>Lao</u>                                       |                                                                                                                                                                              |                                 |                |              |                      |                                                                                                                                                                                                                                               |
| ANESTESISTAS <u>Felipe Roberto Brito Pinheiro</u>           |                                                                                                                                                                              |                                 |                |              |                      |                                                                                                                                                                                                                                               |
| ANESTESIOLOGISTA <u>Carla M. 6222</u>                       |                                                                                                                                                                              |                                 |                |              |                      |                                                                                                                                                                                                                                               |
| ANESTESIOLOGISTA <u>Dina Vieira e Silva</u>                 |                                                                                                                                                                              |                                 |                |              |                      |                                                                                                                                                                                                                                               |
| ANESTESIOLOGISTA <u>SAME - HUT</u>                          |                                                                                                                                                                              |                                 |                |              |                      |                                                                                                                                                                                                                                               |
| ANESTESIOLOGISTA <u>Confere com Original</u>                |                                                                                                                                                                              |                                 |                |              |                      |                                                                                                                                                                                                                                               |
| CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS                          |                                                                                                                                                                              |                                 |                |              |                      |                                                                                                                                                                                                                                               |
| PARITICULARIDADES                                           |                                                                                                                                                                              |                                 |                |              |                      |                                                                                                                                                                                                                                               |

HUT







HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **YLEALDO VIEIRA LEAL** (Prontuário: 510251)  
Endereço: QD 79 CS 01 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 26/07/1977 Idade: 42a3m28d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752665  
Requisição: 1026773 Solicitação: 20/11/2019 Solicitante: CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS  
Controle: 1365769 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 20/11/2019

### TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em  
pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no maléolo tibial medial.
- Partes moles sem particularidades.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/11/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687  
Profissional Responsável

*Dina Vieira e Silva*  
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: 08.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **YLEALDO VIEIRA LEAL** (Prontuário: 510251)  
Endereço: QD 79 CS 01 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP 64000-010  
Nascimento: 26/07/1977 Idade: 42a5m11d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 252221  
Requisição: 1045068 Solicitação: 06/01/2020 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA  
Controle: 1404560 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 35

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 06/01/2020

**TORNOZELO DIREITO**

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em  
pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no maléolo lateral fixada com placa e parafusos metálicos.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 06/01/2020

*Dina Vieira e Silva*  
SAME - HUT  
Confere com o Original

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**  
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
Profissional Responsável



AFREYDO ALMEIDA FEYF  
EXONTE PROPOSTA VACC  
HOSPITAL DE ORÇAMENTO DE DEFESA DE  
D/M 18/06/2018  
FIM: ACHVAC  
HCH



**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL 1.582.926 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/12/17

NOME YLEALDO VIEIRA LEAL

FILIAÇÃO MARIA JOSÉ VIEIRA DA SILVA LEAL  
FRANCISCO JOSÉ LEAL FILHO

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 26/07/1977

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 24129 L 73 F 119  
EXP TERESINA-PI 26/08/10

CPF 618.973.533-91

1147411

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 69.250/83

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

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



Ylealdo Vieira Leal.  
1147411

ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**



**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL 1.582.926 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/12/17

NOME YLEALDO VIEIRA LEAL

FILIAÇÃO MARIA JOSÉ VIEIRA DA SILVA LEAL  
FRANCISCO JOSÉ LEAL FILHO

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 26/07/1977

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 24129 L 73 F 119  
EXP TERESINA-PI 26/08/10

CPF 618.973.533-91

1147411

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 69.250/83

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

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



Ylealdo Vieira Leal.  
1147411

ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0064571/20

**Vítima:** YLEALDO VIEIRA LEAL

**CPF:** 618.973.533-91

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 20/11/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** YLEALDO VIEIRA LEAL

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**YLEALDO VIEIRA LEAL : 618.973.533-91**

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: 17/02/2020  
Nome: YLEALDO VIEIRA LEAL  
CPF: 618.973.533-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

YLEALDO VIEIRA LEAL

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200267083 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** YLEALDO VIEIRA LEAL **Data do acidente:** 20/11/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 29/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1,4,5,7,11,12,13,16,17)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 INTENSO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** (P1) CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, DATA 23/07/2020

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 tornozelo | 25 %                                         | Em grau intenso - 75 %                               | 18,75%    | R\$ 2.531,25          |
| Total                                        |                                              |                                                      | 18,75 %   | R\$ 2.531,25          |

