



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

696 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002962/2016-37

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francisco Ribeiro De Sousa

Data/Hora: 17/08/2016 - 11:36

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

17/05/2016 - 18:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

ANGELIM

Endereço

QUADRA-K, CASA-01, RESIDENCIAL TERESA CRISTINA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

PROXIMO COMERCIAL VERDE LAR

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DO DESTERRO MOURA [30 ANOS]

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2441375

Mãe: MARIA DAS GRAÇAS ROSALINA MOURA

Pai: JOÃO JOSÉ DE MOURA

Endereço: QD- E, CS- 05, Nº

Complemento: CONJ. JUSTINA RIBEIRO NUNES

Bairro: ANGELIM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9805-2252

Nome: DEYVISON CREANDRO DA SILVA [32 ANOS]

Tipo Envolv.: VÍTIMA

RG: 6702893

Mãe: DIVA FRANCISCA PACHECO

Pai: JOSE ANTONIO DA SILVA

Endereço: RUA- JUSTINA RIBEIRO NUNES, Nº

Complemento: QD-E- CS- 05

Bairro: ANGELIM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9805-2252

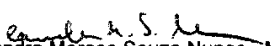
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE ESTEVE NESTA DELEGACIA DE TRANSITO PARA COMUNICAR QUE TRAFEGAVA EM MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE, MARIA DO DESTERRO MOURA, YAHAMA/XTZ-, ANO 2014/2015, PLACA- PIF- 5673, COM DESTINO A FACULDADE SANTO AGOSTINHO, TRAFEGANDO NA QUADRA "K" DO RESIDENCIAL TERESA CRISTINA QUANDO SURTIU UM OUTRO VEICULO E QUE ESTE TERIA PROVOCADO O ACIDENTE QUANDO COLIDIU NA LATERAL ESQUERDA DA MOTO CONDUZIDA PELO ESPOSO DA DECLARANTE, DEYVISON CREANDRO DA SILVA, COM O IMPACTO, OS DOIS OCUPANTES DA MOTOCICLETA CAIRAM E SOFRERAM LESÃO CORPORAL DE ACORDO COM OS PRONTUÁRIO DE Nº 404494/404493 EXPEDIDOS PELO HUT. AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS POR UMA EQUIPE DO SAMU. A NOTICIANTE INFORMOU QUE O VEICULO QUE COLIDIU COM A MOTOCICLETA SERIA UMA S-10, COR PRETA, PLACA ODU-8934, DE PROPRIEDADE DE CLAUTINA RIBEIRO DE MORAES DA COSTA, MAS QUE ERA CONDUZIDA POR UMA PESSOA DE NOME HUMBERTO. A NOTICIANTE NÃO POSSUI INTERESSE CRIMINAL NO FATO. AS DECLARAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA DECLARANTE.


Cassandra Moraes Souza Nunes - Mat. 1945742
DELEGADO DE POLÍCIA


MARIA DO DESTERRO MOURA [30 ANOS] - Noticiante
Responsável pela Informação

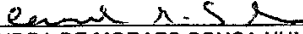




Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

696 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002962/2016-37


CASSANDRA DE MORAES SOUSA NUNES
Delegado de Polícia





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO-DRCT



REQUISIÇÃO DE EXAME DE LESÃO CORPORAL

Senhor Diretor,

Requisito de V. Sª que proceda a Exame de Corpo de Delito (Lesão Corporal Culposa)

na pessoa de Deividson Cleandro da Silva
naturalidade Paulista - PE profissão Estudante
Data de Nasc. 30/08/1983 estado civil Casado
Endereço Quadra - E casa - 05 conjunto Justina
Ribeiro Nunes Bairro: Angelim - Ireta
Filiação Diva Francisca Pacheco
Jose Antonio da Silva
R.G.: 6702893 SSP/PE CPF. 049.250.194-73

OBS: Cópias do Prontuário Médico, Boletim de Ocorrência e documento de identificação.

Na oportunidade, formulo os seguintes quesitos:

- 1 - Houve ofensa à integridade física ou à saúde do paciente?
- 2 - Qual o instrumento ou meio que a produziu?
- 3 - Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito?
- 4 - Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função?
- 5 - Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou deformidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?
- 6 - Há outros dados julgados úteis a fornecer?

Teresina (PI), 17 de Agosto de 2016
Atenciosamente


Erika Mourão Moura
Delegada de Polícia Civil
Matr. 110075-8

Ao
Ilustríssimo Senhor
Coordenador do Instituto Médico Legal
Nesta.

107698
Recebido por
13/08/2016
RECEPÇÃO IML

DEAT-Rua 24 de Janeiro, nº 500-Norte, Teresina(PI) Tel (86) 3216-1133





VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1676459355

NOME
DEYVISON CREANDRO DA SILVA



DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6702693 SDS PR

CPF DATA NASCIMENTO
049.250.194-73 30/08/1983

FILIAÇÃO
JOSE ANTONIO DA SILVA

DIVA FRANCISCA PACHECO

PERMISSÃO CAT. HAB
1D

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABITAÇÃO
03198645302 18/02/2004

OBSERVAÇÕES

Deyvison Creandro da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
JABOATÃO DOS GUARARAPES, PR 30/05/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

56449785381
22085660582

PERNAMBUCO



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO DPVAT -



Seguradora Líder - DPVAT

No. DO SINISTRO

www.lidersegurodotransito.com.br ou
ligue SAC DPVAT 0800 022 2004

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, DEYVISON CREANDRO DA SILVA

PORTADOR/A DO RG No. 6702893 EXPEDIDO POR SDS EM 22/08/00 E

CPF 049250194-73 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO

ESTUDANTE E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR

REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DEYVISON CREANDRO

DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento.
Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

No. BANCO _____ No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR).

No. DE CONTA CORRENTE _____

☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

No. BANCO 237 No. AGÊNCIA 1606-3 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA 0045085-5

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

No. BANCO 001 No. AGÊNCIA 1606-3 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA 0045085-5 → CONTA POUPANÇA BRADESCO

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

No. BANCO 341 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

No. BANCO 104 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ATENÇÃO

- Não será possível efetuar o pagamento em Conta Salário (INSS), Conta Fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou Conta Conjunta quando o beneficiário não for o titular da conta;
- Não se esqueça de informar os dígitos da agência, caso o dígito exista, principalmente do Banco BRADESCO;
- Certifique-se de que a conta informada esteja ATIVA;
- Indique corretamente se a conta informada é POUPANÇA ou CONTA CORRENTE;
- Tenha SEMPRE um documento bancário para conferência de sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

LOCAL JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

DATA / /

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A Deyson Creandro da Silva



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA DEYVISON EREANDRO DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 17/05/2016 CPF DA VÍTIMA 049.250.194-73
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 6702893-PE
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É DEYVISON EREANDRO DA SILVA
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua: DOUTOR FÁBIO MARANHÃO
 Nº 245 COMPLEMENTO BARRO EMARAPES
 CIDADE JABOATÃO DOS GUARARAPES UF PE CEP 54325-550
 E-MAIL EREANDRO.SILVA@hotmail.com TELEFONE 81.9.9991-1005

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLÉTIMO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 ITANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECÍTUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MONTE - R\$ 12.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 1.94/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
 • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 10/07/2018
 IDENTIDADE 6702893-PE
 ASSINATURA Deyson

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 10/07/2018
 NOME Gilmara Maria
 ASSINATURA Gilmara Maria



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: DEYVISON CREANDRO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180330931

Vítima: DEYVISON CREANDRO DA SILVA

Data do Acidente: 17/05/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180330931**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13151063



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **DEYVISON CREANDRO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180330931**

Vítima: **DEYVISON CREANDRO DA SILVA**

Data do Acidente: **17/05/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180330931**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **17/05/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13227687





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº. do chamado 3282	02 Data do chamado 17/05/2016	03 PRO (código) 2896	04 Saída do PA	05 Chegada ao local 18:45
	06 Saída do local 18:58	07 Chegada ao 1º. hospital 19:10	08 Saída do 1º. hospital	09 Chegada ao 2º. hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Q - K C-01	11 Bairro Teresina	12 Município-UF Teresina	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Jardim das				
Dados do Paciente	14 Nome Deuilton Crendino da Silva	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade 30 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 15 - Exames complementares 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico				
	19 Vítima ☐ 20 Meio de locomoção ☐ 21 Outra parte envolvida ☐ 22 Equipamentos de segurança ☐ 1 - Pedestre 1 - A pé 5 - Ônibus/Micro-ônibus 2 - Automóvel 6 - Animal 2 - Condutor 2 - Automóvel 6 - Outro 3 - Motocicleta 9 - Ignorado 3 - Ônibus/Micro-ônibus 7 - Outra 3 - Passageiro 4 - Bicicleta 4 - Bicicleta 9 - Ignorado 7 - Outra 9 - Ignorado				
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum
	24 Sinais Vitais Pulso _____ Resp. _____ PA _____ TAX. _____ SatO2 _____		25 Local da lesão 		
Assistência	26 Pupilas ☐ 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial ☐ Central ☐ Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		28 Sangramento ☐ 1 - Sim 2 - Não		
	29 Dor ☐ ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		30 Fratura 1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito ☐		
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) ☐ Aspiração ☐ Prancha longa/corta ☐ Glicemia ☐ Oxigênio ☐ Calor cervical ☐ Acesso Venoso ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Medicamentos a) _____ b) _____ c) _____ ☐ Assistência obstétrica		32 Hospital de Destino <u>MUT</u> ☐ Não Removido		
	33 Condições de entrada ☐ 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado		34 Óbito 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar	Paciente vítima de colisão moto / carro, apresentando ferimentos profundos um hit comente quantidade de sangue O mesmo usava um capacete mas ao chegar ao local o mesmo encontrava-se sem capacete e com uma lesão na base da cabeça.				
	Responsável pela recepção _____ Socorristas Médico _____ Enfermeiro _____ AETE <u>Ferreira</u> Condutor <u>Chagas</u>				

27.11.2011

SECRETARIA DE SEGURANÇA DO PIAUÍ

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL "Gerardo Vasconcelos"

Rua Francisca de Melo Lôbo, s/n.º Sacy Fone: 86 3220 7373

TERESINA-PI CEP: 64020-190 CNPJ: 06.553.549/0001-90

LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÂNSITO

Identificação do Laudo:

Pag: 1 de 1

Código:	107698	Requerente:	DELEGACIA DE ACIDENTES	Cidade:	TERESINA-PI
Data Requisição:	13/03/2018	Remeter para:	O mesmo (a)	Data Exame:	13/03/2018
Local Exame:	I.M.L.			Hora Exame:	11:37
				Emissão do Laudo:	13/03/2018 11:37:37

Identificação do Periciando:

Código:	89779	Nome:	DEYVISON CREADRO DA SILVA	Nacionalidade:	Brasileira	Cor:	PARDA
DT. Cadastro:	13/03/2018	Endereço:	QD- F- CS- 05 CONJUNTO JUSTINO RIBEIRO NUNES - ANGELIM - TERESINA - PI				
Mãe:	DIVA FRANCISCA PACHECO	Pai:	JOSE ANTONIO DA SILVA				
CPF:		RG:	6702893-SSP-PE	Registro Nascimento:			
Profissão:	ESTUDANTE	Nascimento:	30/01/1983	Idade (anos):	34	Sexo:	M
				Estado Civil:	Casado (a)		

L A U D O :

P R E Â M B U L O: No dia, hora e local acima referidos, os peritos designados pelo Ilustríssimo Coordenador Estadual do Instituto de Medicina Legal "Gerardo Vasconcelos", IMLGV, André Biondi Ferraz - CRM 4466 - PI, nos termos do art. 178 do Código de Processo Penal, para procederem ao Exame de Corpo de Delito descrito acima do periciando também já qualificado. Em face do que viram e observaram passaram a descrever com verdade e com todas as circunstâncias o que encontraram e, bem assim, esclarecerem tudo quanto possa interessar. H I S T Ó R I C O: Periciando informa que no dia 17/05/2016 sofreu acidente de trânsito (colisão moto x carro), tendo sofrido traumatismo. O fato teria ocorrido em Teresina-PI. Foi encaminhado ao HUT, onde se submeteu a tratamento cirúrgico. Forneceu fotocópias de prontuário médico de nº 404494 no qual constam: "...tratamento cirúrgico de fratura do planalto tibial ... fratura de fíbula" Apresentou atestado médico assinado no dia 07/03/2018 pelo dr. Adriel Leão CRM 3888, no qual constam: "...limitação funcional do joelho de cerca de 50%..." DESCRIÇÃO: orientado alo e auto psiquicamente, apresentando cicatrizes no joelho, perna e tornozelo esquerdos, debilidade funcional do joelho esquerdo estimada em 50%. CONCLUSÃO: as lesões descritas são compatíveis com as produzidas por instrumentos de ação contundente. RESPOSTA AOS QUESITOS FORMULADOS: 1) Houve ofensa à integridade física ou a saúde do examinado? Resp.: Sim. 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? Resp.: Contundente. 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito? Resp.: Sim. 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? Resp.: Sim para incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias e debilidade permanente de membro, sentido ou função. 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? Resp.: Não. 6) Outros dados julgados úteis? Resp.: Não. Nada mais havendo, deu-se por findo o presente laudo, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado. /////

JOSÉ TADEU DE MACEDO SILVEIRA FILHO
Perito Médico Legal CRM 3944-PI

JOSÉ LUIZ CASTELO B. DE SIQUEIRA
Perito Médico-Legista - CRM 1873 - PI

Atestado Médico



Atesto para os devidos
fins que ~~Devison~~
creando da Silva foi
submetido o tratamento
cirúrgico de plano de
tíbio esquerdo; evoluindo
com bom prognóstico funco-
nal do joelho expando
de cerca de 80%.

07/10/2018

Dr. Adriel Leão
CRMPI 3888 TEOT 14004
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Ombro e Cotovelo

Rua Taumaturgo de Azevedo, 2112 - Centro/Sul - Teresina-PI Cep: 64001-340 • Fones: (86) 3221-5378 / 3217-8368 • email: diagmedteresina@yahoo.com.br





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Dequison Cezário da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 404454

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 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

150011

21/05/2016

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 17/05/2016 19:23:25

DADOS DO PACIENTE:

(User: JOSENEIDE)
(Estação: EMERGENCIAPED)

Nome:	DEYVISON CREANDRO DA SILVA	Prontuário:	404494
Mãe:	DIVA FRANCISCA PACHECO	Pai:	JOSE A DA SILVA
End.Resid.:	CONJ JUSTINA RIBEIRO NUNES QD E CS 05 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	30/08/1983	Idade:	32a:9m:17d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99805-2252
Responsável:	DEYVISON CREANDRO DA SILVA	CNS:	709204201947935
Profissão:		Documento:	CPF: -
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Casado(a)
End.Local.:	-		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	544163	Data:	17/05/2016 19:18:21	Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S	
Id.Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Tipico:	Não	CID Secundario:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor moderada	ORTOPEDISTA	Amarelo
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
PACIENTE VÍTIMA DE COALISÃO DE AUTOMÓVEL COM MOTOCICLETA COM SUSPEITA DE FRATURA EM PERNA E.	JOSENEIDE BARBOSA DE SOUSA COREN 286102 Em: 17/05/2016 19:23:24		

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: - : -)

OK - Perna direita - Perna esquerda -
Ruptura de ligamento cruzado anterior e posterior
na perna direita e na perna esquerda
OK - fratura de fêmur direito e esquerdo

PA	X	mmHg	Pulso:	FC:	bpm	Temp.:	CID:
Diagnóstico Inicial:							

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Dr. Gedeão Neto
Médico
CRM-PI 5788

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA:	/ /	HORA:	:	Procedimento	CID
				0408050551	S87.

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Médico

Dr. Gedeão Neto
Médico
CRM-PI 5788





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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
			HORÁRIO OBSERVAÇÕES			
17/05	1. Dieta 1200kcal 2. SCS 500mg 12/12h EV EN 12H 3. DÍPIRICA 100mg 12/12h EV 4. TENOXICAM 200mg 12/12h EV 5. TRAMADOL 100mg 12/12h SOS 6. CCGG		24h Apoio com jejum N:22. Regime 24:30 = Admitido consciente, orientado, físico, responsivo, af- feito, tranquilo. Alívio de dor. Não necessita medicação.			
18/05	7. Sigaime - 80000110, 22/12/12, 12/12h, SC.		18/05/16 - Ao entrar no quarto Obs. 08:40 Paciente in- formou que não está em jejum. Ex. 8740			
Dr. Geórgio Neto CRM-PI 5788						
Dr. Bergiel Barbosa Bezerra ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PI 8909						

HUT





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

AIH : 221610038864-5
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

Orgão Emissor: M22100001

DEVISON CREANDRO DA SILVA

D. LIBERA: 20/03/2016
PROCED.: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
OP. SIST: WELLINGTON
CID: S821

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - H

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - H

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **DEVISON CREANDRO DA SILVA**

6 - Prontuário: 404494

7-CNS: 709204201947935 8-Nascimento: 30/08/1983 9-Sexo: Masculino

11-Mãe: **DIVA FRANCISCA PACHECO**

12-Fone: 86-99805-2252

13-Resp: **DEVISON CREANDRO DA SILVA**

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: **CONJ JUSTINA RIBEIRO NUNES QD E CS 05 - ANGELIM - CEP: 64000-010**

16-Munic: **TERESINA**

17-Cod. IBGE: 221100 18-UF: **PI** 19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade proximal da tíbia

24-CID Prin.: **S821** 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod. Proced.: 0408050551 27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Tempo SUS
3

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 625.325.103-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:

ALBERT BASILIO MEDEIROS

17/05/2016

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

200816

Tânia Moura de Faria
Médica Auditora DRCAA/SUS
CRM-PI 2021 - CPF 470.103.590

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (RAIMUNDA SOARES)
Consulta Local: 544163
Consulta SUS:
Impressão: 17/05/2016 20:46:01



Assinado eletronicamente por: GILMARA CINTIA RIBEIRO DA SILVA - 25/09/2018 11:01:04

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18092511010476700000035414285

Número do documento: 18092511010476700000035414285



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

162567

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Devison Luciano da Silva		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura de Placa Tibial E		
Operação - Tipo	Osteossíntese		
Cirurgião	Dr. Bergiel Barbosa Bezerra ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PI 3909	1º Assistente	Dr. André
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Silene	Anestesista	Dr. Manoel
		Anestesia	Rogério
Anestésico(a)			

Data da Operação	Início	Fim
------------------	--------	-----

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Fez-se uma DM nos seguintes pontos:
osso e antebraço; com os ossos; os ossos
anteriores em um E; após a fixação
da placa tibial com placa Deschamps
4,5mm (em parte); fechada por placas
anteriores.

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3909

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 18.05.16

NOME DO PACIENTE: <u>Dequison Breancho da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: <u>Exat Placenta + fetal</u>	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Almeida</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Beyrill</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Dr. Andre</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Raque</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Selene</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	150		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	05		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	200		SERINGA 5CC	UNID.	04	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO		
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			Electrodes	und	06	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				atrodina	und		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0	und	02					
FITA UMBILICAL							
VICRYL 0	und	02		ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE: <u>Prisciane</u>			



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS- OPERATORIO - SRPA

NOME Wanderson Alessandro da Silva IDADE _____ anos DATA 18/05/2016
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 12 hs 35 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUÍDICO () BLOQUEIO () PERIDURAL
 CIRURGIA REALIZADA Fúnd. Tibial E CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>120/72</u>	<u>127/77</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>79</u>	<u>104</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100</u>	<u>100</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)	<u>-</u>	<u>-</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>-</u>	<u>-</u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Paula</u>	<u>Paula</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL 09

ASS. Wanderson da Silva Matrícula 200517

Enfermeira Paula Matrícula 200517

() JCO OSTOMIA () NASOG () NASOG

SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

12:35 Admissão na SRPA em 12:35 por Dr. Cirurgião para fixação de tibia E. Sub epidural da que consciente, orientado, supine, respiração espontânea sem aperte de O₂. Sem sinais.

13:50 Deu e encurtamento ou 20cm então realiza 20cm

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

[] [] [] [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] TORT [] NEU [] CIR [] MÉD



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Titô 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DEYVISON CREANDRO DA SILVA** (Prontuário: 404494)
Endereço: CONJ JUSTINA RIBEIRO NUNES QD E CS 05 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/08/1983 Idade: 32a:10m:26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 162567
Requisição: 637378 Solicitação: 18/05/2016 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA
Controle: 798936 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ISOLAMENTO 11 EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 18/05/2016

JOELHO

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

- FRATURA COMINUTIVA RECENTE NA TIBIA PROXIMAL FIXADA POR PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS.
- AUMENTO DO VOLUME DE PARTES MOLES.

(RENAN)

TERESINA - PI 25/06/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Wanderson Sales Mendes
Marcado: 88857
SAME-HUT
Controle com Original

J7.05.16



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DEYVISON CREANDRO DA SILVA** (Prontuário: 404494)
Endereço: CONJ JUSTINA RIBEIRO NUNES QD E CS 05 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/08/1983 Idade: 32a:10m:26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 162567
Requisição: 637378 Solicitação: 18/05/2016 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA
Controle: 798937 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ISOLAMENTO 11 EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 18/05/2016

PERNA

O estudo radiológico da perna esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA COMINUTIVA RECENTE NA TIBIA PROXIMAL FIXADA POR PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS.
- AUMENTO DO VOLUME DE PARTES MOLES.

(RENAN)

TERESINA - PI 25/06/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Wanderson Sales Fernandes
Wanderson Sales Fernandes
Matrícula: 68557
SAME-HUT
Confere sem Original





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1828 Radanção - Fone: 35 3225 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DEVYSON CREANDRO DA SILVA** (Fronteiriço: 404484)
 Endereço: CONJ JUSTINA RIBEIRO NUNES QD E CS 05 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 30/08/1983 Idade: 32a:10m:17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 162567
 Requisição: 636290 Solicitação: 21/05/2016 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
 Controle: 799996 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ISOLAMENTO 11 EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 21/05/2016

PE OU PODODACTILO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 16/06/2016

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

Wanderson Sales Fernandes
 Wanderson Sales Fernandes
 Matrícula: 66657
 SAME-HUT
 Confere com Original



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUIT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Radanga - Fone: 36 3228 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **BEYVISON CREANDRO DA SILVA** (Prontuário: 484484)
 Endereço: **CONJ JUSTINA RIBEIRO NUNES QD E CS 05 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: 30/08/1983 Idade: 32a:11m:12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 544153
 Regulação: 637152 Solicitação: 17/05/2016 Solicitante: ALBERT BASILIO MEDEIROS
 Controle: 798684 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 17/05/2016

TORNOZELO

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

- Fratura em diáfise distal da fíbula.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 12/07/2016

Leonardo Afonso Nogueira Matos
LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 690.717.783-04 CRM 3508 PI
 Profissional Responsável.



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Radeação - Fone: 36 3228 4472
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.517/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DEVYSON CREANDRO DA SILVA** (Prontuário: 484484)
 Endereço: CONJ JUSTINA RIBEIRO NUNES QD E CS 05 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 30/08/1983 Idade: 32a:11m:12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 544153
 Regulação: 637152 Solicitação: 17/05/2016 Solicitante: ALBERT BASILIO MEDEIROS
 Controle: 798682 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080125

Data Exame: 17/05/2016

JOELHO

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

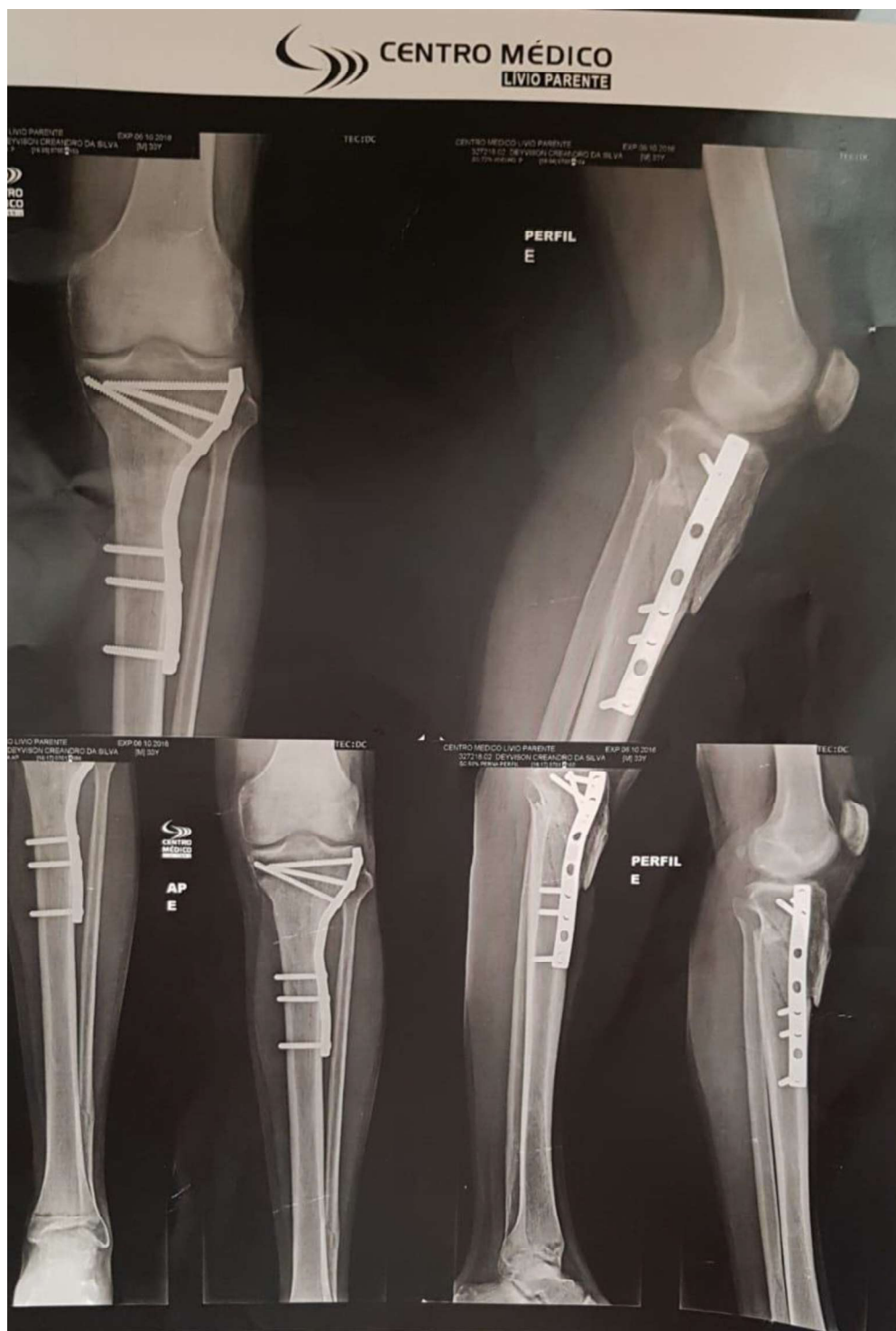
- Múltiplas fraturas em diáfise proximal da tíbia.
- Aumento de partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 12/07/2016

dececece
LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS
 CPF: 690.717.783-04 CRM 3508 PI
 Profissional Responsável





Ribeiro

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Deyvison Creando da Silva, portador do CPF nº 049.250.194-73 RG nº 6702893 SDS/PE, residente e domiciliado(a) na Cidade do Cabo de Santo Agostinho/PE.

OUTORGADA: Dra. GILMARA CINTIA RIBEIRO DA SILVA, brasileira, casada, advogada, regularmente inscrita na OAB/PE seccional Pernambuco, sob o nº 27.319 e Dr. BRUNO LEANDRO RIBEIRO DA SILVA brasileiro, convivendo em união estável, advogado, regularmente inscrita na OAB/PE seccional Pernambuco, sob o nº 40.977, com endereço profissional na Av. Historiador Pereira da Costa, nº 44, I, Centro, Cabo de Santo Agostinho/PE, fone: 88151480.

PODERES CONCEDIDOS

Os da cláusula AD JUDICIA, para defender os interesses do outorgante, em todas as ações e para o foro em geral, podendo ainda receber notificações, assinar, discordar, concordar, desistir, assinar documentos, enfim, praticar todos os atos necessários para o fiel cumprimento deste mandato, inclusive, substabelecer com ou sem reservas de poderes.

CONTRATO DE HONORÁRIOS

Pelo presente instrumento entre as partes, fica o outorgante obrigado a pagar a advogada outorgada que na hipótese de haver acordo e houver a liberação através de alvará, deverá o outorgante entregar a outorgada o percentual de 20% sobre o valor recebido ou depositado, autorizando a retenção dos honorários advocatícios. Desde já fica ciente que em caso de honorários sucumbenciais, os referidos é de recebimento exclusivo desses patronos.

Cabo, ____ de ____ de 2018.

Deyvison Creando da Silva

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Avenida Historiador Pereira da Costa, nº 44, I Centro – Cabo de Santo Agostinho/PE
Advogada responsável Dra. Gilmara Ribeiro. OAB/PE 27.319. Fone(81) 8815-1480

1



Ribeiro

Declaro para os devidos fins, que sou pobre na forma da lei, em sendo assim, não possuo condições econômicas para custear as despesas processuais da presente demanda, enquadrando por fim, nas características de pobreza, na forma da lei (Lei 1.050/60).

Cabo, ____ de ____ de 2018.

Devisson euandro da Silva

