

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:

25/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

8.437,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON DA SILVA FERNANDES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 04826

CONTA: 000000031869-5

Autenticação:

75B505D918CEDC20EFD7FD604921413F23F557737A42CD69BB7D73EBCB9FA3CE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180403956 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON DA SILVA FERNANDES **Data do acidente:** 18/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM MÚLTIPAS FRATURAS DE FACE (COMPLEXO ZIGOMÁTICO BILATERA
TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR AO NÍVEL DE C6.
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

Descrição do exame SEQUELA FUNCIONA LLEVE DA FACE, MODERADA DO OMBRO DIREITO E TOTAL DO SEGMENTO DA COLUNA
médico pericial: CERVICAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ARTRODESE DE COLUNA CERVICAL E TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA
RECONSTRUÇÃO DE LABIOS E ESTRUTURAS FACIAIS. TRATAMENTO CONSERVADOR DA CLAVÍCULA DIREITA.
EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.
VÍTIMA DEAMBULA NORMALMENTE, LUCIDO E ORIENTADO, APRESENTANDO DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE
ABERTURA DA BOCA, COM DIMINUIÇÃO DA
FORÇA DE MASTIGAÇÃO. NA COLUNA CERVICAL, OBSERVA-SE IMPORTANTE DIMINUIÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DA
COLUNA CERVICAL. NO OMBRO
DIREITO, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 100°), EXTENSÃO(ADM 30°), ABDUÇÃO (ADM 90°)E
ADUÇÃO (ADM 30°) DO OMBRO DIREITO

Sequelas permanentes: APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL DA FACE.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.
APRESENTA PERDA TOTAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/09/2018

Conduta mantida:

Observações: APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR
MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -

Médico examinador: ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total		62,5 %	R\$ 8.437,50	

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180403956**

Nome do(a) Examinado(a): **EDILSON DA SILVA FERNANDES**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SANTA HELENA nº S/N - URBANO - UNIAO/PI**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 583317567 - SSP**

Data e local do acidente: **18/03/2018 UNIAO/PI**

Data e local do exame: **19/09/2018 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM MÚLTIPLAS FRATURAS DE FACE (COMPLEXO ZIGOMÁTICO BILATERA
TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR AO NÍVEL DE C6.
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ARTRODESE DE COLUNA CERVICAL E TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA RECONSTRUÇÃO DE LABIOS E ESTRUTURAS
FACIAIS. TRATAMENTO CONSERVADOR DA CLAVÍCULA DIREITA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**VÍTIMA DEAMBULA NORMALMENTE, LUCIDO E ORIENTADO, APRESENTANDO DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA, COM DIMINUIÇÃO DA
FORÇA DE MASTIGAÇÃO. NA COLUNA CERVICAL, OBSERVA-SE IMPORTANTE DIMINUIÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DA COLUNA CERVICAL. NO OMBRO
DIREITO, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 100º), EXTENSÃO(ADM 30º), ABDUÇÃO (ADM 90º) E ADDUÇÃO (ADM 30º) DO OMBRO DIREITO.**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA FUNCIONA LLEVE DA FACE, MODERADA DO OMBRO DIREITO E TOTAL DO SEGMENTO DA COLUNA CERVICAL.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)).

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **FACE**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela): **OMBRO DIREITO**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela): **COLUNA CERVICAL**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -

Médico Perito: ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO CRM:3165/PI


ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO
MÉDICO
CRM:3165/PI

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265-1115.
CEP - 64120-000 - União - Piauí
CNPJ: 15.488.308/0001-63

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente Edilson da Silva Fernandes, deu entrada neste hospital no dia 18 de março de 2018, às 17h43min, vítima de acidente de motocicleta, o mesmo chegou ao hospital por demanda espontânea.

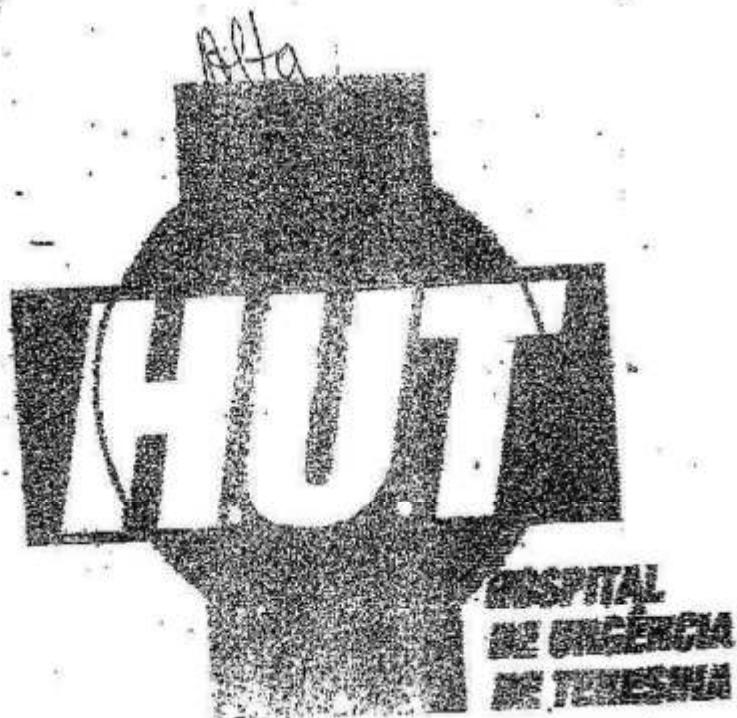
União (PI), 24 de julho de 2018.

Antonia Raimunda Viana da Silva
Antonia Raimunda Viana da Silva
Servidora do HMU.

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO



SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO

NOME DO PACIENTE: Edilson da Silva Fornandes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 471344

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Piauí - 66.3229-4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

-CIR. PLÁSTICA
(LABIO SUPERIORE)

Imp: 18/03/2018 20:03:09

(User: EDILSON LUSTOSA)
(Sessão: 01/2018)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

0803/2018
OTECO

as 18:30h

Imp: 18/03/2018 20:03:09

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EDILSON DA SILVA FERNANDES		Prontuário: 471144
Mãe: DOMINGAS TRINDADE DA SILVA FERNANDES	Pai: NAO INFORMADO	
End. Resid.: RUA SANTA LUZIA 808 - CRUZEIRO - UNIÃO - PI - CEP: 66120-000		
Nascimento: 05/08/1982	Idade: 35a:7m:13d	Sexo: Masculino Fone: 66-99415-9874
Responsável: ERIANE	CNS: 704802010627148	
Profissão: NAO INFORMADO	Documento: RG: 38157567-DR	
G. Instrução: Nao informado	E.Civil: Solteiro	
End. Local.: -	VIA: IC cravio terminal DATA: 18/03/18 TORAX 08 20:03h	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 655949	Data: 18/03/2018 19:58:39	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADE DE ENFERMAGEM
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 Secundário: V293

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Respiração inadequada	Destino: CLÍNICO GERAL	Classificação: Vermelho
		Profissional Clas. Risco:	
Breve História: POLIRAMA VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, TRAZIDO PELO SAMU DIRETO PARA ESTABILIZAÇÃO. NEGA HAB, DM E ALERGIAS.		EDILSON LUSTOSA - ENFERM. FILHO CORPO: 301092 Ent: 18/03/2018 20:03:07	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: :)

PCT lacerado pelo azebileiro do fio de ferro, vítima de TCE para oor multilobular, crural, no lado esquerdo, com 10 cm de extensão, com TOT N.º 7, operado com sutura apesar de nego aux e ferro.

PA mmHg	Pulso:	FC:	Temp.:	CID:
Diagnóstico Inicial: TCE para oor multilobular				

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Suturado para oor do lado esquerdo		- Cx de sangue	
- CX de sangue		- SABEMI SEGURADORA'S/A	
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		30-AGO-2018	S: Internação, indique o Procedimento e CID
DATA: 11		0303040106	Procedimento: S068
HORA: : :		CID:	

Assinatura Paciente ou Responsável		RECEBIDO
Assinatura Paciente ou Responsável		Assinatura Médico
Assinatura Médico		Assinatura Médico

Assinatura Médico

Bucosanxalo 18/03/18

Paciente com histórico de acidente
moto ciclistico com halito cetonico
sugestivo de ingestao de bebe de desodorante
encontrado com circos fisiologicos normais e ~~alterados~~
antilogos neuricos, com nível de consciencia
rebaixado.

Exame clinico: Paciente apresenta edema
de equimose periorbitaria bilateral com difusao p/
audição ocular, epistaxe persistente, lacrimejamento com perda
de substância em lábio superior e lacrimejamento transfixante
em lábio inferior, se estendendo até mento.

Em cor. oral: perdas dentárias em mandíbula e
fiss. para regiões entre os dentes 18 e 12 com lacrimejamento com
palato. Lacrimejamento intra-oral em mucosa de mandíbula,
até região da pre-mola laringea à R.

Exame tomográfico: fractura comminuta de região
frontal, COZM bilateral, para regiões de maxila, Left 13

HD: Múltiplas fracturas da 1/3 médio e superior
Lacrimejamento transfixante em lábio p/

Col.: Encaminhar ao C.C. pl fto de 30 AGO 2018

- Sugir analisar os parangios plásticos
gratos ao lábio superior

RECEBIDO

- Exame de melhora clínica pl fto de 1/3 de fevereiro de 2018



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 18/03/2018 20:03:40
(EMERGÊNCIA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EDILSON DA SILVA FERNANDES		Prontuário: 471144
Mãe: DOMINGAS TRINDADE DA SILVA FERNANDES	Pai: NAO INFORMADO	
End. Resid.: RUA SANTA LUIZA 609 - CRUZEIRO - UNIRIO - PI - CEP: 64120-000		
Nascimento: 05/08/1982	Idade: 35a:7m:13d	Sexo: Masculino Fone: 86-99415-0874
Responsável: ERLANE	CNS: 70480201362/148 86-9 9581-4337	
Profissão: NAO INFORMADO	Documento: RG: 581317567 - SFP PI 86-99550-9702	
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 655949	Data: 18/03/2018 19:58:39	Clas. Cor: Vermelho
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: / / : : ESPECIALISTA: <i>Nel</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>TCE grave</i> <i>Sedolos (OT+VNI+OCV).</i> <i>(c: Coração lento 5.1ch - 145s;</i> <i>em ox; edema biliar/fígado.</i> <i>co:马达 matalo; Tropot TC ch.</i>
Carimbo/Assinatura do Solicitante: <i>Ricardo Lopes</i>

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : : <i>18/03/18 20:40</i>
<i>16/03/18 20:40</i> <i>TC</i> <i>DEPO</i> <i>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</i>
DADOS DA SOLICITAÇÃO (2): <i>Mark color</i> <i>Amel</i>

Data/Hora Solicitação: / / : : ESPECIALISTA: <i>Amel</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>Exame ginal 18/03/18 às 20:40</i>
<i>16/03/18 20:40</i> <i>TC</i> <i>DEPO</i> <i>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</i>
DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : : <i>18/03/18 20:40</i> <i>RECEBIDO</i>

Impress: havia franturas sem indicação de intervento braos doloros
<i>16/03/18 20:40</i> <i>TC</i> <i>DEPO</i> <i>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</i>
<i>16/03/18 20:40</i> <i>TC</i> <i>DEPO</i> <i>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</i>
<i>16/03/18 20:40</i> <i>TC</i> <i>DEPO</i> <i>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</i>

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Edilson do Nascimento Gomides	PRONTUÁRIO	473344
DA CLÍNICA	MS 50504	LEITO	W
À CLÍNICA	Oftalmologo		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vitioso de sifilite auto-nobletante em 18/03/13, com edema e exúvias periorbitárias brontônicas e entorax detectado de fundo de olho.

Solução para o Reino da Lâmpada

DATA: 23/03/13

HUT-SAME
CONFERIR CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO
TERESINA-PI
SERVIÇO DE
OLHOS

Dr. Guilherme de Carvalho Pinto
MÉDICO
CRM-PI 5858

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER Oftalmologo

Exame: edema tarsopalpebral, com fechamento completo da raiz palpebral, sem área de irradiação em AD. Olhos AD: querato e hiperfagia, córnea transparente, sem lesões visíveis, iris aparentemente típico, pupila em uso e reacção pupilar. Pupila pupilar ainda com tonometria bipolar AD.

Sugere continúos tratamentos, uso de lubrificante ocular 3-4x/dia e reabilitações quando excedido o tempo de fundo e acompanhamento oftalmológico regular.

Desse intenções fui atento para a ocorrência de leprofagia, expondo cuidados ao paciente; reescritas e outras aulas que abordaram as complicações do oftalmologo, antes do prazo recomendado.

DATA: 21/03/2013

Dr. Vitor Gomes Pinto
Médico/Oftalmologista
CRM-PI 4189

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNI. DE CONTROLE, AVILAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNACOES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSPARENCIA

DATA 18/3/18 HORA 17:43 N° DO TELEFONE: _____
HÓSPITAL SOLICITANTE: _____ MUNICÍPIO: _____
MÉDICO: _____ CRM: 7048020 106 7148

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia () Trauma () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DE SOLICITAÇÃO

Nome: Wilson da Silva Fernandes

Data de Nascimento: 5/8/82 Idade: _____ anos Sexo: () Masculino () Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Município de Procedência: União

HDA: O paciente apresenta quadro de dor abdominal com suspeita de pancreatite. Fazendo exame toxicológico e urinário. Fazendo exame de FNT com exame de cintilografia

HD: _____

ESCALA DE GLASGOW: _____

ABERTURA OCULAR

4 - Espontânea

RESPOSTA VERBAL

5 - Orientado

3 - Comandos

4 - Confusa

2 - À dor

3 - Palavras inapropriadas

1 - Nenhuma

2 - Palavras incompreensíveis

RESPOSTA MOTORA

6 - Obedece a comandos

5 - Localizador

4 - Movimento de retirada

3 - Flexão anormal

2 - Extensão anormal

1 - Nenhuma

após V/mais

SINAIS VITAIS

T ex 36 °c P. 80 bpm R. 14 mm PA: 140/100 mmHg. AS O: _____ Glicemias: 144 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio () Hidratação Venosa 1500 ml 5% 09%

() Aspiração () Medicação (específica) nitroglicerina, sustant

() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Capital: _____

Município/Posto: _____

Assinatura do Autor do Relatório

Gleydson Ribeiro
Assessoria de Controle
Central de Regulação

FICHA DE ADMISSÃO - U.T.I.

Prontuário: 472149

Nome: Edilson do Nascimento	Idade: 35 anos	Profissão: Naturalidade:	Procedência: Juizé - PI
<p>H.D.A.: Paciente vítima de acidente automobilístico, dia 03/03/08, da estrada nova bairros trazido pelo SAMU, com cicotraqueostomia + VII. Apresentava TCE grave, com múltiplos ferimentos em face, e relaxamento do nível de consciência. Foi solicitado TC de crânio, rebordo nasal, ferimento, face e abdômen, que evidenciaram múltiplos ferimentos dentários em mandíbula, cervical, face e abdômen, que evidenciaram múltiplos ferimentos de maxila (tafet I), ferimentos commissurais de regiões frontais bilaterais para raizeta de maxila (tafet I), ferimento em coluna cervical e nível de C6; hemorragia subaracnóidea + edema encefálico; contusão pulmonar bilateral; abdômen com líquido livre na cavidade, localizado pelo ultrassom que envolveu maior retroperitoneo; além de contusão geral, que comprometeu a respiração que o levou a necessitar de intubação gástrica, que contraindicou a intubação traqueal. Foi encaminhado PI e para reconstituição do sulco gingivo com intubação traqueal. Foi encaminhado PI e para reconstituição do sulco gingivo com intubação traqueal (03/03/08). Atualmente encontra-se em sedoanalgésie com fentanyl e midazolam, humodinamicamente estável em uso de nondepolarizante, e aguardando troca de cicotraqueostomia por traqueostomia na SRPA.</p>			

EXAME FÍSICO

Geral: Paciente gorda, em mau estado geral, em sedoanalgésie com fentanyl + midazolam (RASS: -5). Facionítico, onírico, múltiplos esquimoses + edema em face. Em VII (cicotraqueostomia → traqueostomia). TCE grave + HSA + TRN e nível de C6 + contusão pulmonar bilateral

Neuroológico:

Sedado com midazolam (RASS: -5); também em uso de fentanyl e nondepolarizante. Pupila não avaliada devido a presença de esquimoses e edema palpável bilateral.

HUT-SAÚDE
CONFERE: *DR. ZENON*
TERESA, PI
SERVIDOR

Ap. Respiratório:

AV + bilateral, com sonhos difusos em ambos hemitórax.
Em VII assistido-controlado, confortável, $SAT_{O_2} = 100\%$.

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL

1. A proposta de transfusão de sangue/hemocomponentes a que será submetido(s), seus benefícios, riscos e complicações potenciais e alternativas me foram explicadas pelo médico solicitante. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. Confirme que recebi as explicações e "Informações sobre Transfusão de Sangue e Hemocomponentes", e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.

Desta forma eu:

ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes;

NÃO ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes e declaro estar ciente dos riscos decorrentes dessa decisão;

Paciente

Responsável

Nome legal:

Grau de parentesco:

Teresina(Pi),

Josélio Benício da Silva

esposo

02/05/2018

Assinatura: X Josélio Benício da Silva

RG:

Hora: 13:15z

ESTE CONSENTIMENTO É VÁLIDO PARA O PÉRIODO DE INTEIRAÇÃO E SE APlica AOS PACIENTES CLÍNICOS E CIRÚRGICOS COM PRESCRIÇÃO MÉDICA OU RESERVA DE SANGUE/HEMOCOMPONENTES PARA CIRURGIA.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFIRME CONO CÓPIA ORIGINAL
EM 14/05/18
Edna Maria de Oliveira SIlva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 03006-9

Nome:	Assinatura:	Nº Consulta:	Horas:	Data:
-------	-------------	--------------	--------	-------

Nome		Gelson da Silva Guimaraes	
DADOS DO PACIENTE		Profissão:	360918 - Motorista
Centro de SUS:		Shutterstock	360918 - Motorista

REAGUÍSICAO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES/HEMODERIVADOS

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMATIVO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI

Name: Editha da Silva Fernandes Leitor: 09 Pront.: 362028

EVOLUÇÃO MÉDICA - MANHÃ

31005

U.T.I.-I

19:00h

new
030518

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

MOD. 376 - HGV

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COMO ORIGINAL
621 1981-06-18
Edna Wieske Andrade SIMS
COPIA DE PROVIMENTO MAT 015085-1



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

AVALIAÇÃO FONOaudiOLÓGICA - DEGLUTIÇÃO

PRONTUÁRIO: 0000362078 CÓD. ATEND: 0000640239 ENFERMARIA / LEITO: ENFERMARIA: UTI I LEITO: UTI I L-109

NOME: EDILSON DA SILVA FERNANDES DATA DA INTER: 24/04/2018 - 23:46:55

DT. NASC: 05/08/1982 IDADE: 35 Anos 8 Meses 25 Dias

D'agnóstico de Base:

LPO ARTRODESE CERVICAL - C5,C6; FRATURA DE FACE (LÂBIO INFER. E MAXILA) S.I.C. CUIDADORA.

CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS: Consciente Atenção reduzida Sonolento

Coma vigil Coma profundo

CARACTERÍSTICAS LINGÜÍSTICAS: Fálico Afálico Disátrico Disfônico

ASPECTOS RESPIRATÓRIOS:

INTUBAÇÃO: SIM NÃO TEMPO:

VENTILAÇÃO MECÂNICA: SIM NÃO Invasiva Não-invasiva TEMPO: CATETER DE O2

HISTÓRIA DE ASPIRAÇÃO: SIM NÃO

TRAQUEOSTOMIA: SIM NÃO TIPO: Plástica Metálica Fenestrada

NUMERO DA CÂNLULA:

TEMPO:

CUFF SIM NÃO INSUFLADO parcialmente INSUFLADO DESINSUFLADO

CONSEGUE MANTER-SE COM CUFF DESINSUFLADO? SIM NÃO TEMPO:

SECREÇÃO ENDOTRAQUEAL: SIM NÃO NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO: SIM NÃO

AUSCULTA CERVICAL: LIMPA RUIDOSA

HISTÓRIA ATUAL E PREGRESSA DE PNEUMÔNIA:

SIM NÃO ATUAL RECENTE (< 6 MESES) ANTIGA (> 1 ANO)

VIA DE ALIMENTAÇÃO:

VO SNG SNE G J TEMPO: ZERO P LIBERAÇÃO.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFIRME COMO ORIGINAL
EM

COMUNICAÇÃO ORAL: CAPACIDADE DE ARTICULAR OS FONEMAS: SIM NAO

Edna Moraes Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 018095-3

APRESENTA VOZ COM CUFF DESINSUFLADO: SIM NAO

AVALIAÇÃO SENSÓRIAL-MOTORIA ORAL:

CPAS	INTEGRIDADE	TENSÃO	MOBILIDADE	POSTURA
LÁBIOS	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	0 1 0 2 0 3 0 4	<input type="radio"/> NL <input checked="" type="radio"/> AL	<input type="radio"/> NL <input checked="" type="radio"/> AL
LINGUA	<input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NAO	0 1 0 2 0 3 0 4	<input type="radio"/> NL <input checked="" type="radio"/> AL	<input type="radio"/> NL <input checked="" type="radio"/> AL
BOCHECHAS	<input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NAO	0 1 0 2 0 3 0 4	<input type="radio"/> NL <input checked="" type="radio"/> AL	<input type="radio"/> NL <input checked="" type="radio"/> AL
PALATO DUR	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NAO			
PALATO MOLE	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NAO		<input type="radio"/> NL <input checked="" type="radio"/> AL	
MANDIBULA	<input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NAO		<input type="radio"/> NL <input checked="" type="radio"/> AL	<input type="radio"/> NL <input checked="" type="radio"/> AL

Normal (NL) / Alterado (AL) / Ausência (1) / Reduzido (2) / Adequado (3) / Aumentado (4)

Evolução Fisioterapêutica das UTI's

DATA:	UTI:	LEITO:	PRONTUÁRIO:	CÓD. ATENDIMENTO:	PESO_PREDITO:
03/05/2018	UTI 1109		0000362078	0000640239	
NOME:			DATA DO NASC.:		IDADE:
EDILSON DA SILVA FERNANDES			05/06/1982		35 Anos 8 Meses 26 Dias
DATA/UTI:	TURNO:	DIAGNÓSTICO:			
9	NOITE	POC ARTRODESE DE COLUNA CERVICAL (C5-C7)			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:					
<input checked="" type="radio"/> CONSCIENTE	<input type="radio"/> ORIENTADO	<input type="radio"/> DESORIENTADO	<input type="radio"/> SONOLENTO	<input type="radio"/> TORPOROSO	<input type="radio"/> COMATOSO
GLASCOV: AO:	RV:	RM:	TOTAL:	17	<input type="checkbox"/> SEDADO RASS:
MOTRICIDADE OCULAR INTRÍNSECA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS <input type="checkbox"/> MÍOTICAS <input type="checkbox"/> MIDRIÁTICAS <input type="checkbox"/> REATIVAS <input type="checkbox"/> ARREATIVAS					
<input type="checkbox"/> ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICAS: <input type="checkbox"/> D>E <input type="checkbox"/> E>D					
PADRÃO DE RESPOSTA MOTORA: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> MMSS: O D O E <input type="checkbox"/> MMII: O D O E					
<input type="checkbox"/> PLEGIA <input type="checkbox"/> MMSS: O D O E <input type="checkbox"/> MMII: O D O E <input type="checkbox"/> DESCEREBRAÇÃO <input type="checkbox"/> DECORTICAÇÃO <input type="checkbox"/> ARREPLEXIVO					
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA:					
Via Aérea:	<input type="checkbox"/> V.A. SUPERIOR	<input type="checkbox"/> V.A. ARTIFICIAL	<input type="checkbox"/> CÂNULA METÁLICA, Nº	<input type="checkbox"/> CÂNULA PORTEX, Nº	
PADRÃO RESPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> TÓRACO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TORÁCICO <input type="checkbox"/> ABDOMINAL <input type="checkbox"/> PARADOXAL FR: GIP:					
Amplitude:	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> SUPERFICIAL	<input type="checkbox"/> PROFUNDA	RITMO:	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL TIPO:
Asculta Pulmonar:	MV+ DIMINUIDO BILATERALMENTE				
Oxigêniooterapia:	<input type="checkbox"/> CATETER	<input type="checkbox"/> VENTURI	<input type="checkbox"/> MACRO	<input type="checkbox"/> VNI	APORTE: l/min SPO2
SECRECÃO:	<input type="checkbox"/> -/4	<input type="checkbox"/> +/4	<input type="checkbox"/> ++/4	<input type="checkbox"/> +++/4	ASPECTO:
VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA:	<input type="checkbox"/> BIPAP:	IPAP:	cmH2O	cmH2O	OPAP: PEEP: cmH2O
VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA:					
Via aérea Artificial:	<input type="checkbox"/> TOT:	Nº:	<input type="checkbox"/> TQT:	Nº:	PRESSÃO CUFF: cmH2O
Ciclagem:	<input type="checkbox"/> VOLUME	<input type="checkbox"/> PRESSÃO	<input type="checkbox"/> FLUXO	<input type="checkbox"/> TEMPO	
Modalidade:	<input type="checkbox"/> ASSISTIDO/CONTROLADO	<input type="checkbox"/> SIMV	<input type="checkbox"/> PSV	<input type="checkbox"/> CPAP	CUTROS:
Hemodinâmica:	FC:	bpm	PA:	mmHg	PAM: mmHg

PARÂMETROS VENTILATÓRIO

V.C.	V.MIN.	F.R.V.	F.R.T.	P.CONTR.	PEEP	P.PICO	P.PLAT	P.SUPOR.	TRIGGER	FIO2

MONITORIZAÇÃO RESPIRATÓRIA

SpO2	V.C.resp.	F.R.resp.	V.M.resp.	FR/VC	PaO2/FIO2	Pimax.	C.Diham	C.Estat	P.O. 0.1

GASOMETRIA ARTERIAL

HORA	PH	PaCO2	E.B.	HCO3	Dif(A-a)O2	SaO2	FIO2/coleta	DISTURBIO ÁCIDO - BASE

CONDUTA FISIOTERAPÉUTICA: FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA FISIOTERAPIA MOTORA

OBSERVAÇÃO:



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COMO ORIGINAL
GMA / 400000

Edna Maria Andrade Silva
COMA DE FONTE: FIMAT 01/06/2018

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Edilson da Silva Fernandes 310-5

DA CLÍNICA: NEUROLÓGICA

À CLÍNICA: CARDIOLOGIA

MOTIVO DA CONSULTA

AVALIAÇÃO RISCO CIRURGICO

CIRURGIA: TRM

ANESTESIA: GERAL

DATA: 25/4/18

Dr. Antônio Carlos Sousa
NEUROCIRURGIA
CPF: 963.249.613-20
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM-PI: 3720

PARECER:

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

Id = 35 a

Mag = Maior

Nonus d'alt (percut -

Esg = normal

Baixo Risco PT

Procedimento neurológico

Dr. Antônio C. Sousa
Cardiologista
CRM-PI

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFIRA COM O ORIGINAL
EM 11/04/2018
Edne Bezerra Andrade Silva
CÓPIA DE FONTE LARGA MAT. MED/24

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador: O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja **assistido por seu "Representante Legal"** (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

048.669.383-04

Nome completo da vítima

Edilson da Silva Fernandes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Edilson da Silva Fernandes		Recebedor
Endereço	Número	Complemento
RS SANTA HELENA S/N QD F CASA	21	Casa
Bairro	Estado	CEP
S - URBANO	PR	64120-070
Email:	Teléfono (DDD):	
	086 9 9407-0776	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção:
 BRADISCO (237) BANCO DO BRASIL (001) BRAU (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (04)

AGÊNCIA Nº:	DN	CONTA Nº:	DN
4288		10433	8

Informar dígito se existir

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome:	DN

AGÊNCIA Nº:	DN	CONTA Nº:	DN

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

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

SABEMI SEGURADORA S/A

Terça 24 de Agosto de 2018

30 AGO 2018

*** Edilson da Silva Fernandes**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura da

RECEBIDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100254.000048/2018-18

Unidade de Registro: NUCLEO POLICIAL INVESTIGATIVO DE FEMINICIDIO. Rasp. pelo Registro: Servulo Carvalho De Sousa Filho

Data/Hora: 14/08/2018 - 14:43

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável	Data/Hora
NUCLEO POLICIAL INVESTIGATIVO DE FEMINICIDIO	18/03/2018 - 17:00
Tipo Local	
VIA PÚBLICA	
Município	Bairro
UNIÃO	OUTROS - ZONA URBANA
Endereço	
ANEL VIARIO, Nº:	
Complemento	Ponto de Referência
PROXIMO AO RESIDENCIAL SANTA HELENA	

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EDILSON DA SILVA FERNANDES	Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante
Endereço: RESIDENCIAL SANTA HELENA, Nº 21	
Complemento: QUADRA F	
Bairro: OUTROS - ZONA URBANA	
Cidade: UNIÃO	

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Colisão, Abalroamento ou Choque de veículo(s) sem vítima.

RELATO DA OCORRÊNCIA

Compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil para relatar que no dia 18/03/2018, por volta das 17h, estava trafegando normalmente em uma motocicleta quando se lembra apenas de uma pancada, que após 1 mês e 3 dias acordou do estado de coma em que se encontrava em decorrência do acidente, e soube que havia colidido em um animal (vaca). Que foi socorrido por um transeunte e foi levado ao Hospital Municipal de União e em seguida encaminhado para o Hospital de Urgência de Teresina - HUT, apresentando TCE grave, com múltiplas fraturas em face e rebaixamento do nível de consciência, dentre outras lesões e fraturas, conforme consta em relatório médico apresentado no ato do registro deste boletim de ocorrência. Das características da moto envolvida no acidente, se trata de uma HONDA/CG 150 FAN ESI, PLACA NIO-3944, CHASSI Nº 9C2KC1550AR195211, RENAVAM Nº 00250567536, proprietário, Jonas Pinheiro de Sousa Brito. Era o que tinha a relatar.

Servulo Carvalho De Sousa Filho - Mat. 2869683
AGENTE DE POLÍCIA

EDILSON DA SILVA FERNANDES
EDILSON DA SILVA FERNANDES - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE:

SERVIDOR:

DATA: 18/03/18

HORA: 17:43

01. DADOS DO PACIENTE.

NOME: Edilson da Silva Fernandes DN: 06/08/92 ID: 35 SEXO: M
 NOME DA MÃE: Domingos Trindade da Silva Fernandes
 CNS: 374 8020 1062 2148 RG: CONTATO:
 ENDERECO R. Santa Luzia 608 CEP: 04.120-000
 BAIRRO: Cidade Juiçá UF: PI
 FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

DEMANDA ESPONTANEA CENTRO DE SAÚDE SAMU PM BOMBEIRO OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

MOTIVO DA PROCURA: TRAUMA CLÍNICO PEDIÁTRIA
 S. VITAI/PC: PA: SAT.02: T: DOR: ECG: GLICEMIA: PESO: ALTURA:

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

CONFERE COM O ORIGINAL

OBSERVAÇÕES:

DATA: 24/07/18

ANÚNCIO:

ANTONIA R. VIANA DA SILVA

VERMELHO LARANJA AMARELO VERDE AZUL

CONSELHO/REGISTRO:

HORÁRIO: ENFERMEIRO(A):

03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO
 Vítima de seio direito cutâneo bilástico; com TCE e
 traqueia focial, apreensão idéias e humor主动性. queixas
 de dor importante de fábris com sede fáctil. Paciente con-
 siderado ótimo - não respondeu, não tem o hábil exame

04. EXAMES COMPLEMENTARES LABORATORIAL RX US

05. DIAGNÓSTICO
 Foi realizado exame toxicológico no sangue plantarista - Dr.
 Gleydson Faria, nos resultados a solicitação de exame
 para transamina para PNT.

HO: TCE grave

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

SGO 3-1. 1000 ml PI, aborto em 30 dias
 de janelas duplas + AD, mulher gravida PI estribos
 fáctil duplas + AD para ter gravida PI estribos.

PACIENTE TRANSFERIDO PARA HUT

07. CONDUTA

ALTA ÓBITO EVASÃO TRANSFERIDO PARA: INTERNACAO OUTRA UNIDADE CENTRO DE SAÚDE

08. HORA/SAÍDA

URGÊNCIA EMERGÊNCIA NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM:

ENFERMEIRO(A)/COREN:

PACIENTE:

MÉDICO
CRM

Dr. Jader A. de Souza
Médico
CRM-PI 6364

ENFERMEIRO(A)
COREN

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO