

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERISVALDO FERREIRA MACHADO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000107557-9

Nr. da Autenticação 774C3F5FF53140B5

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180001338 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERISVALDO FERREIRA MACHADO **Data do acidente:** 19/08/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIAFISE PROXIMAL DA TIBIA E FIBULA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM JOELHO E EM PERNA DIREITA, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSO
CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS
COMPLICAÇÕES: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO

Sequelae permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO DIREITO.

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 06/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



HOSPITAL
DE URGENCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Genivaldo Fecceira mazzaro

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 451314

INSTITUIÇÃO DE SAÚDE OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 DEZ. 2017
AGENTE SEGURADORA S.A. Rua Celso de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-471

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

**ORTOPEDIA
 COPIA FEITA EM
 TERESINA, PI**

19/08/2017 17:17:13

Nome: HELENILSA
 Endereço: RUA...

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ERISVALDO FERREIRA MACHADO		Prontuário: 451914	
Mãe: CESARINA FERREIRA MACHADO		Pai: _____	
End. Resid.: RUA SANTA ELIZABETH, Nº1661 - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 06/06/1987	Idade: 30a:2m:13d	Sexo: Masculino	Fone: 86-95452-083
Responsável: GARDENIA LEAO SILVA		CNS: 160224-7710005	Documento: RG: 50141055 - SSP PI
Profissão: PEDEIRO		E.Civil: Casado(a)	
G. Instrução: Médio Incompleto			
End. Local.: _____			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 621244	Data: 19/08/2017 17:09:25	Condução: MOVILIZADO	Convênio: S U S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		CID Secundário: V299	
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não	

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEIMADURAS	Evento Principal: Dor moderada	Destino: QUIRURGIA GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: POSSUI QUEIMADURA DE 1º E 2º GRAU APRESENTANDO DEFORMIDADE NO MEMBRO - ESCOTADO		Profissional Clas. Risco: HELENILSA CARVALHO DE SOUSA COREN - 307586 Em: 19/08/2017 17:17:28	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: _____)

Paciente vítima de acidente motociclístico (queda de moto) com trauma simples em perna direita sem sangramento visível (moto caiu em cima da perna).
EF: Consciente, orientada, AAA, eupneico, abdome insensível, sem alterações.
CD: Rax de perna direita.
Atenção ortopédia

PA: _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial: _____			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

CONDUTA MÉDICA: _____	
EXAMES COMPLEMENTARES: _____	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: 19/08/2017	HORA: 17:17	Procedimento: 0408050500	CID: S82.2
-------------------------	--------------------	---------------------------------	-------------------

Gardenia Leão Silva
 Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Profissional Médico
Marcos Vitor P de Camalho Filho
 CRM 4792 - SBO 12501



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otton Tito 1829 Redenção - Fone: 86 3429 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Formulário de Solicitação de Parecer Profissional
Versão 1.0

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ERISVALDO FERREIRA MACHADO		Prontuário: 451914
Mãe: CESARINA FERREIRA MACHADO	Pai:	
End. Resid.: RUA SANTA ELIZABETE, Nº1661 - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 06/06/1987	Idade: 30a:2m:13d	Sexo: Masculino Fone: 86-95452-083
Responsável: GARDENIA LEAO SILVA	CNS: 160224570710305	
Profissão: PEDEIREIRO	Documento: RG: 50141058 - SSP PI	
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Casado a:	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 621244	Data: 19/08/2017 17:09:25	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: / /	ESPECIALISTA: Otolaringologista
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Reflexo auditivo com ruído de guincho D, idar, idar e limitação funcional para o exame	
Rx - Teste de Deflexão e 3 testes de Relato	
Ch: Distúrbio por Tontura Acústica	
Carimbo/Assinatura Especialista: Marcos Vitor P de Carvalho Filho Otorrinolaringologista CRM: 1791 - CEP: 12501	

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

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / /	ESPECIALISTA: Otorrinolaringologista
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: -	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

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

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ERIVALDO FERREIRA MACHADO		451914	30	Ortopédica	233	EXT. 1	
DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	
DI: 19/08/2017		FRAT TIBIA					
22/08/17							
	1	Dieta oral livre					
	2	Gelco salinizado					
	3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs					
	4	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs					
	5	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h					
	6	Clamadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN					
	7	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs					
	8	Curativos diários					
	9	Cuidados gerais e sinais vitais					
<p>09:00 - Paciente de alta hospitalar a critério médico</p> <p>Ludimil</p> <p>CORU 121108</p>							

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA		
NOME <u>Rosivaldo F. Machado</u>	IDADE <u>30</u> anos	DATA <u>21/08</u> /2017

HORÁRIO DE ADMISSÃO 45 h 15 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL (X) TRAQUEAL () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO

CIRURGIA REALIZADA	CIRURGIÃO
--------------------	-----------

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

() Sonda Vesical		() Dreno de Sucção		() Dreno Torácico		() DVE		() Colostomia	Sonda () Nasogástrica () Nasoenteral
hrs	ml	hrs	ml	hrs	ml	hrs	ml		
hrs	ml	hrs	ml	hrs	ml	hrs	ml		

[illegible]


ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []
 POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] ~~PERF~~ [] NEU [] CIR [] MÉD

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL
DE URGENCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE Edivaldo F. Machado		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENE ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES 		ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE		
DATA: _____ PRESCRIÇÃO MÉDICA HORA: _____		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
1 - Dieta geral 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h 7 - CCGG + SSVV		3 e 30m 12h 14h 14h 14h 14h 14h		12 138 74 18 140/85 72 24 150 3/0 67 06 150 36 21		
Dr. Hugo José Sales Ortopedia e Traumatologia da Coluna Vertebral CRM 38320 TEOT 12672		21.3.17 Dr. Hugo		Dr. Hugo José Sales Ortopedia e Traumatologia da Coluna Vertebral CRM 38320 TEOT 12672		
José Ferreira Neto CRM-1571 CPF: 096.897.373-03						

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



HUT
HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

MÉDICO/CRM:

Mod: 007

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 12533

AJH: 2217101673325

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**ESTABELECIMENTO SOLICITANTE**

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE**

160224572710003 IERISVALDO FERREIRA MACHADO

NASCIMENTO

06/06/1987

SEXO

M

PRONTUÁRIO

451914

DOCUMENTO TELEFONE

8695452083

NOME DA MÃE

CESARINA FERREIRA MACHADO

RESPONSÁVEL

GARDENIA LEAO SILVA

CEP**ENDEREÇO - LOGRADOURO****NUMERO / LOTE**

1661

BAIRRO

VILA SANTA BARBARA

COMPLEMENTO MUNICIPIO

221100 TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

paciente vítima de acidente de moto com fratura da diáfise da tíbia

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

as acima

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

anamnese e raio X radiografia

ID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CID 10 SECUNDÁRIO CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**PROCEDIMENTO SOLICITADO****CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

LEITO/CLÍNICA**CARÁTER****URGÊNCIA**DATA
ADMISSÃO**DATA ALTA**

22/08/2017 09:00

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

DATA
SOLICITAÇÃO

19/08/2017

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO))

MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO

CPF: 88720489315

CRM:

CONTECÇÃO NÃO VERIFICADO

19 DEZ. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 455 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.007471

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)TIPO
ACIDENTECNPJ
SEGURADORA

Nº DO BILHETE SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR

NATUREZA
DA LESÃO**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO****AUTORIZAÇÃO****PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO))**JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO
CPF 37320645300 CRM

DATA ANALISE 19/08/2017 19:34:59

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 21 / 08 / 2017

NOME DO PACIENTE: <u>Enivaldo Pereira Machado</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>451914</u>
DIAGNÓSTICO: <u>ft</u>	CIRURGIA: <u>2FF3 ft per</u>
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Hugo</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Dr. Rodrigo</u>	CPF Nº: _____
ANESTESISTA: <u>Dr. Tiago Santiago</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Josanna Oliveira</u>	CPF Nº: _____

18 DEZ. 2017

MATERIAL DE CONSUMO

AGENTE SEGURADORA S.A.

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI nº 34	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO <u>limpo</u>	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA 7	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	02	
GASES 510	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº 20	UNID.	01		<u>Prepom</u>	unid	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	—	—		<u>Eletrados</u>	unid	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG	—	—		<u>buva nº 8.5</u>	par	02	
CAT. GUT. CROMADO C/AG	—	—					
CAT. GUT. CROMADO S/AG	—	—					
ALCOFIL	—	—					
MONONYLON nº 3-0	unid	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Branda</u>			
PROLENE				<u>Corren-145412 AE</u>			



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assinante

1º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

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)

1. DDU 63 on 63
2. P 63 63 63
3. 63 63 63
4. 63 63 63
5. 63 63 63
6. 63 63 63
7. 63 63 63



FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO				
NOME DO PACIENTE <i>Enriqueado Faria</i>		P. ARTERIAL		PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
DATA: <i>21/03/12</i>	EXAMES DE SANGUE		GR. SANGINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA CIRCULATÓRIO						ASMA		BRONquite
SISTEMA RESPIRATÓRIO						SISTEMA URINÁRIO		
SISTEMA DIGESTIVO						CORTICOIDES		ATARAXICOS
ESTADO MENTAL						FÍSICOS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						EFETOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)						TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO					1. <i>Uso de...</i>	
LÍQUIDOS		SO-LITO 500					2. <i>Falta de...</i>	
TEMPERATURA		SANGUE 300					3. <i>Uso de...</i>	
P. ARTERIAL		OUTROS 100					4. <i>Tratamento...</i>	
V. O. PULSO								
INÍCIO E FIM ANESTESIA				SEQUÊNCIA			1	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							2	
RESPIRAÇÃO							3	
							4	
							5	
							6	
							7	
							8	
							9	
							10	
							11	
							12	
							13	
							14	
							15	
SÍMBOLOS				DURAÇÃO			90	
TÉCNICAS		<i>Respiratória</i>		INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES		<i>Tudo de parte de um da parte</i>		<i>MDU</i>				
CIRURGIÕES		<i>De tempo</i>						
ANESTESISTAS		<i>Dr. Tiago...</i>						
PARTICULARIDADES								
				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				
				<i>MDU</i>				

**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: **ERISVALDO FERREIRA MACHADO** (Prontuário: 451914)
 Endereço: RUA SANTA ELIZABETE, Nº1661 - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 06/06/1987 Idade: 30a:2m:24d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 621244
 Requisição: 767447 Solicitação: 19/08/2017 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 953494 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 19/08/2017

PERNA DIREITA

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

- Fixação da tibia por placa metálica.
- Fratura na diáfise proximal da fibula.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 30/08/2017

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável:

INSTITUTO DE SEGURANÇA DEVIDA CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 18 DEZ. 2017 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 485 Loja C Centro - Niterói CEP: 24030-170
--

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ERISVALDO FERREIRA MACHADO** (Prontuário: 451914)
 Endereço: **RUA SANTA ELIZABETE, Nº1661 - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: 06/06/1987 Idade: 30a:2m:24d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 196522
 Requisição: 767981 Solicitação: 21/08/2017 Solicitante: HUGO JOSE SOUSA SALES DA SILVA
 Controle: 954131 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 233 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 21/08/2017

PERNA DIREITA

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

- Fratura cominutiva na diafise distal do fêmur.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 30/08/2017

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

18/08/2017 08:50h DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 18 DEZ. 2017 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-171



GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lda C
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Erisvaldo Ferreira Machado
1359694
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	S.014.105	DATA DE EXPEDIÇÃO	20/09/17
NOME	ERISVALDO FERREIRA MACHADO		
FLIAÇÃO	CESARINA FERREIRA MACHADO		
NATURALIDADE	JOAQUIM PIRES-PI	DATA DE NASCIMENTO	06/06/1987
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 219281 L 264 F 520 EXP TERESINA-PI 11/04/84		
CPF	031.217.233-83	Francisco das Chagas Pinheiro Martins Assinatura do Emissor	
1359694		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	

ENTRADA EM VAL
CONTENDO HAO VERIFICADO
18 DEZ 2017
GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.003-477

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Erisvaldo Ferreira Machado
1359694
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	5.014.105	DATA DE EXPEDIÇÃO	20/09/17
NOME	ERISVALDO FERREIRA MACHADO		
FILIAÇÃO	CESARINA FERREIRA MACHADO		
NATURALIDADE	JOAQUIM PIRES-PI	DATA DE NASCIMENTO	06/06/1987
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 219281 L 264 F 520 EXP TERESINA-PI 11/04/94		
CPF	031.217.233-83	Francisco das Chagas Pinheiro Martins Assinatura Delegado Policial	
1359694			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83			

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

1 R DEZ. 2017

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro - Natal - CEP: 54.002-477

CENTROALMEIDA DE SILVA (CPF)
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 DEZ. 2017
AGENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Maré CEP: 64.000-470



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Erisvaldo Ferreira Machado
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Santa Elisabete, S/N 1661 - Vila Santa
Verde Lar Teresina PI CEP: 64071-460
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 5014105
Data local do exame: [06/02/2018] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DA DIAFISE PROXIMAL DA TIBIA E FIBULA DIREITA

PACIENTE EVOLUI COM DOR EM JOELHO E EM PERNA DIREITA, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

PACIENTE REALATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO DIA 19 DE AGOSTO DE 2017 LEVANDO A

Data da alta: 19 DE SETEMBRO DE 2017

OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSO

CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS

Complicações: LIMITACAO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITACAO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO COM DOR EM JOELHO E EM PERNA DIREITA, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, ANDA DE MULETAS, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(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):

JOELHO - Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004283/2017-83

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Rasp. pelo Registro: Haroldo Bonfim De Oliveira

Data/Hora: 09/10/2017 - 11:27

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA SÃO JERÔNIMO, 3700, Nº:

Complemento

402334

Data/Hora

09/08/2017 14:40

Bairro

SANTA BARBARA



Ponto de Referência

ÚLTIMA RUA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ERIVALDO FERREIRA MACHADO

RG: 5014105 PI

Mãe: CESARINA FERREIRA MACHADO

Endereço: RUA SANTA ELIZABETE, Nº 1661

Bairro: SANTA BARBARA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

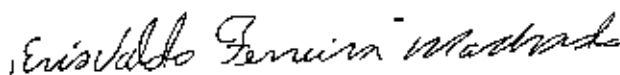
Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA NOTICIANTE, ERIVALDO FERREIRA MACHADO, RELATA QUE TRAFEGAVA NA RUA SÃO JERÔNIMO, BAIRRO SANTA BARBARA, NA MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN, COR VERMELHA, PLACA PIS-2780 TERESINA PI, RENAVAM 01107061501, PROPRIEDADE DE EDMAR FERREIRA DIAS FILHO; QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA E VEIO A CAIR; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO SAMU, Nº DE CHAMADA 2710 E CONDUZIDO PARA HUT "HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA" CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 451914.


Haroldo Bonfim De Oliveira - Mat. 0095150
AGENTE DE POLÍCIA

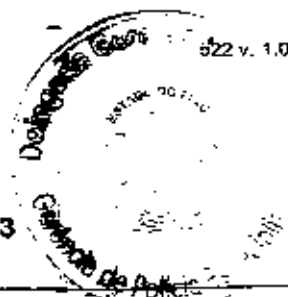

ERISVALDO FERREIRA MACHADO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

DELEGACIA DE POLÍCIA
CPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
18 DEZ. 2017
SENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói CEP: 64.002-170



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004283/2017-83

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Haroldo Bonfim De Oliveira

Data/Hora: 09/10/2017 - 11:27

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA SÃO JERÔNIMO, 3700, Nº.

Complemento

Data/Hora

09/10/2017 - 14:40

Bairro

SANTA BARBARA

Ponto de Referência

ÚLTIMA RUA



Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

Nome: ERIVALDO FERREIRA MACHADO

RG: 5014105 PI

Mãe: CESARINA FERREIRA MACHADO

Endereço: RUA SANTA ELIZABETE, Nº 1661

Bairro: SANTA BARBARA

Cidade: TERESINA

Natureza(s) da Ocorrência

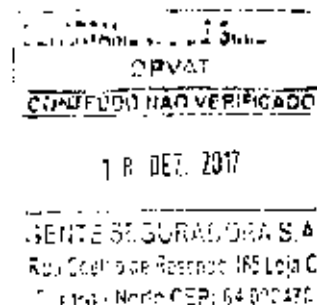
1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

A VÍTIMA NOTIFICANTE, ERIVALDO FERREIRA MACHADO, RELATA QUE TRAFEGAVA NA RUA SÃO JERÔNIMO, BAIRRO SANTA BARBARA, NA MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN, COR VERMELHA, PLACA PIS-2780 TERESINA PI, RENAVAM 01107061501, PROPRIEDADE DE EDMAR FERREIRA DIAS FILHO; QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA E VEIO A CAIR; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO SAMU, Nº DE CHAMADA 2710 E CONDUZIDO PARA HUT "HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA" CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 451914.

Haroldo Bonfim De Oliveira - Mat. 0095150
AGENTE DE POLÍCIA

ERISVALDO FERREIRA MACHADO - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



AVERBAÇÃO AO B.O. DE Nº 4283/2017-83

AVERBA-SE A ESTE B.O. PARA INFORMAR QUE A DATA DO ACIDENTE FOI NO DIA 19/08/2017, ERA O QUE TINHA A INFORMAR.



TERESINA 12 DE DEZEMBRO DE 2017

Erivaldo Ferreira Machado

ERISVALDO FERREIRA MACHADO

AVERBANTE

ALMIRALICE R. LEBRE CARLOS - APC

Almirallice R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009761-6

A circular stamp with the text "DELEGACIA DE REPRESSÃO" at the top and "AOS CRIMES DE TRÂNSITO" at the bottom. In the center, the letters "DRCT" are printed in a bold, sans-serif font.

TERESINA 12 DE DEZEMBRO DE 2017

ERISVALDO FERREIRA MACHADO

AVERBANTE

Almirallice R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009761-8

18 DEZ. 2017



Chamado

Ocorrência

Paciente

Tipo de Ocorrência

Acidente Transporte

Exame Físico

Assistência

Hospital de Destino

Observações Interdisciplinar

01 Nº do chamado 2210 02 Data do chamado 19/11/17 03 PRO (código) 2001 04 Saída do PA 15:49 05 Chegada ao 1º hospital 16:12

06 Saída do local 16:37 07 Chegada ao 1º hospital 17:10 08 Saída do 1º hospital 09 Chegada ao 2º hospital

10 Endereço Rua São Jerônimo 3700 11 Bairro 14 Sta Bárbara 12 Município IFE 13 Ponto de referência Última rua

14 Nome Eivaldo Ferreira Machado 15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado

16 Idade 30 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado

19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado 20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado 21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado 22 Equipamentos de segurança 23 Capacete 24 Airbag 25 Cinto de segurança 26 Assento para criança

23 Glasgow = 15 24 Sinais Vitais Pulso 93 Resp. 120x80 PA 120/80 TAX 97 SatO2 97 25 Local da lesão

26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não 29 Dor 10 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 32 Hospital de Destino HVT 33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito 1 - Sim 2 - Não

35 Glicemia 36 Acesso Venoso 37 Medicamentos a) b) c) 38 NDI Remoção de DORAS A Rua Celso de Resende, 455 Loja C Teresina - Piauí CEP: 64.005-470

39 Observações Interdisciplinar Pot. sofreu queda moto após disputa com outro veículo, apresentando ferimentos no tórax e membros inferiores, encaminhado para o Hospital de Destino para atendimento especializado.

Responsável pela recepção Socorristas Médico Enfermeiro Conductor