

Controle de docum...AudênciasUploadPJEConsulta processo: 0807825-54.2020.8.18.0140Download file | il...WhatsApp

Não seguro | tje.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=490688&ca=9b7d472f9e5a157d7e6176...

AppsProcesso Virtual Na...AdministrativosPortal do AdvogadoGoogleNova guiaMeu INSS[bb.com.br]Zimbra: Movimenta...PJE 1ºPublicações

PJE

ProceComCiv 0807825-54.2020.8.18.0140

JOSINALDO SILVA DE MELO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

10654128 - CONTESTAÇÃO (2731404 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 07/07/2020 10:42:05

07 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

10654120 - CONTESTAÇÃO

10654128 - CONTESTAÇÃO (2731404 CONTESTACAO 01)

10654131 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)

10654137 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)

10654138 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

10654393 - Procuração (Anexo 03 sub atos procuracao compressed web)

2731404- CS/ 2020-02431/ INVALIDEZ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PROCESSO: 08078255420208180140

prot + proc adm.pdfprot + cont.pdfpa.pdfcont.pdfprot + pç.pdfExibir todos

10:4207/07/2020



Número: **0807825-54.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **15/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Processo referência: **0837426-15.2019.8.18.0140**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSINALDO SILVA DE MELO (AUTOR)		JEFFERSON LIMA DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10654 131	07/07/2020 10:42	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

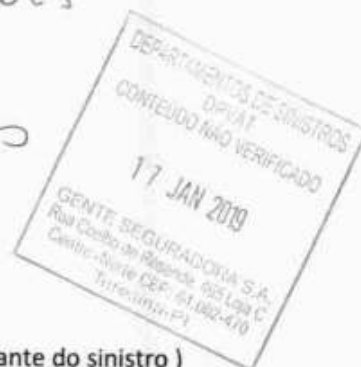
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ivonete Eneas de Oliveira Barros,
RG nº 1.355.230, data de expedição 28/03/17,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 724.436.693-00 com
domicílio na cidade de Terezina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua da Glória, nº 440,5
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima - forinaldo silva de melo cujo o condutor era
forinaldo silva de melo.

Veículo: moto
Modelo: Honda POP 100
Ano: 2012 2012
Placa: OEE 9706
Chassi: 9C2H00210CR494957
Data do Acidente: 04/08/18
Local e Data: Terezina piaui, 04/01/2019

x Ivonete Eneas de Oliveira Barros
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josinaldo Silva De Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 601.900.941 / 68 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Josinaldo Silva De Melo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 601.900.941 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Terresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Terresina, 16 de Janeiro de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 758 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-Y
Regime especial de Imposto autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 011488364

Nº da Nota Fiscal

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	01/10/2018	299	294,97

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	18611		Atual:	22/08/2018
Anterior:	1,000		Anterior:	25/10/2018
Constante de Multiplicação:	299		Próxima Leitura:	21/09/2018
Consumo Medido:	299	FCAM	Emissão:	24/09/2018
Consumo Faturado:			Apresentação:	33
NORMAL				

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pst.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	278

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
AGO/18 232	CONSUMO 299 A R\$ 0,994947 =	297,58
JUL/18 184	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	21,67
JUN/18 208	CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00	0,51
MAI/18 211	MULTA POR ATRASO 08/18-00	4,17
ABR/18 159	JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00	1,04
MAR/18 307	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 14,93	
FEV/18 224		
JAN/18 271		
DEZ/17 314		
NOV/17 416		
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 299 - 0,004030		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21/09/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 8AC6.F37C.C1EF.777B.A9A5.A799.C724.B216

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	51,55	Base de Cálculo:	267,58
Energia:	98,04	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	15,42	Valor do ICMS:	72,24
Encargos:	15,62	Valor do PIS:	2,62
Tributos:	86,95	Valor do COFINS:	12,09

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,31 10,63 21,25 3,11 6,23 12,45 3,03
0,00 0,00 0,00





Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0096016-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.382-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 015766944

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	07/01/2019	67	65,94

IVONETE ENEA DE OLIVEIRA
R. DA GLORIA 4405 4405 B-URBANO
CPF: 00072443669300
CEP: 64.000-000 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		KWh		DATAS DA LEITURA	
Atual:	9275			Atual:	31/12/2018
Anterior:	9208			Anterior:	30/11/2018
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	29/01/2019
Consumo Medidor:	67			Emissão:	28/12/2018
Consumo Faturador:	67	FCAM		Apresentação:	31/12/2018

NORMAL					
					31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pst.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A956933		1.1.1.1	47

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
NOV/18	27	CONSUMO 67 A R\$ 0,891812 =	59,75
OUT/18	15	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	4,99
SET/18	59	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)	0,26
AGO/18	36	MULTA POR ATRASO (2X)	0,74
JUL/18	30	JUROS POR ATRASO (2X)	0,20
JUN/18	71		
MAI/18	50		
ABR/18	29		
MAR/18	21		
FEV/18	11		

TARIFA COM TRIBUTOS:
R\$ 67 - 0,621415

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFORME RESOLUCAO ANEEL 2.490/2018.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1-5-10-15-20-25
Parabéns! Até o dia 28/12/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 8EB7.D855.AD5D.290B.D746.960C.AFC0.BCD6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	11,90	Base de Cálculo:	59,75
Energia:	22,60	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	3,55	Valor do ICMS:	13,14
Encargos:	3,60	Valor do PIS:	0,88
Tributos:	18,10	Valor do COFINS:	4,08

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
5,31	10,63	21,25	3,36	6,73	13,45	3,03	
0,00			0,00			0,00	

TERESINA-SATELITE							
							8,75



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.382-8

SEU CÓDIGO

0096016-0

TOTAL A PAGAR - R\$

65,94

MÊS FATURADO

12/2018

VENCIMENTO

07/01/2019

Nº da Nota Fiscal:

015766944 FCAM

836700000000 0 65940017000 0 000000000096 8 01601218008 5



SEQ.: 00238 UC: 0096016-0 DT. LEIT.: 31/12/2018 T. ENTR.: 03
LEITURA: 9275 NORMAL TOTAL: 65,94 CARGA: 037
DT VENC.: 07/01/2019 TSEE: 000000000000



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: CPF:

Profissão: Endereço: Número: Complemento:

Bairro: Cidade: Estado: CEP:

E-mail: Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Terresina - Piauí 16/01/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado 484	02 Data do chamado 04/08/18	03 PRO (código) 2919	04 Saída do PA 10/15	05 Chegada ao local 10/24
	06 Saída do local 10/18	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço AV. SCS FREDO PACHECO	11 Bairro VILA SANTA BARBARA/VERDE	12 Município-UF TERESINA-PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência CORREIO 2º DO MAR E MARINHO LIMA				
Dados do Paciente	14 Nome JOSINALDO SILVA R. MELLO	15 Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado			
	16 Idade 49 ANOS 04/12/79 ☒ 1-Dia ☐ 2-Mês ☐ 3-Ano ☐ 4-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 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	
Acidente de Transporte	19 Vitima ☒ 1-Pedestre ☒ 2-Conducutor ☐ 3-Passageiro ☐ 9-Ignorado	20 Meio de locomoção ☒ 1-A pé ☐ 2-Automóvel ☒ 3-Motocicleta ☐ 4-Bicicleta	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 ☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR ☒ 4-Espontânea ☐ 3-À voz ☐ 2-À dor ☐ 1-Nenhuma				
Exame Físico	RESPOSTA VERBAL ☒ 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 95 Resp. 22 PA 160x100 TAX. 98 SatO2 98
	25 Local da lesão 				
Assistência	26 Pupilas ☒ 1-Iguals ☐ 2-Desiguais	27 Pulso Radial Central ☒ 1-Cheio ☐ 2-Fino ☐ 3-Ausente	28 Sagração ☒ 1-Sim ☐ 2-Não	29 Dor 10 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
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) ☒ Aspiração ☐ 1-Prancha longa/curta ☐ 1-Imobilização de extremidades ☐ 2-Glicemia ☒ Oxigênio ☐ 1-Colar cervical ☐ 2-Reanimação cardiopulmonar ☐ 2-Acesso Venoso ☐ Curativos ☒ 2-Kred ☐ 2-Medicamentos a) ☐ b)				
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HUV				☐ Não Removido
	33 Condições de entrada ☒ 1-Melhorado ☐ 2-Piorando ☐ 3-Inalterado				
Observações Interdisciplinar	34 Óbito ☐ 1-Antes do socorro ☐ 1-Sim ☐ 2-Antes do transporte ☐ 2-Não ☐ 3-Durante o transporte				
	35 Observações Interdisciplinar Paciente motociclista no condutor de 45 anos, vítima de acidente de moto e queda (caçador), com uso do capacete, apresentando fratura fechada da cervical (C6) e TEE 4mm (C6), apresentando dor no local do TCE, amarrado no local e encaminhado para o LBOX 100 para tratamento. OBS: Ao chegar no LBOX, por encaminhamento enviado na emergência.				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE José Orlando Gomes da Silva Enfermeiro Condutor		Enfermeiro Condutor	

11.2011

COREN-PI 59450





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

905 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003834/2018-72

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francelina De Medeiros Elisiário

Data/Hora: 05/11/2018 - 11:07

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

04/08/2018 - 09:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AVENIDA SANTA BARBARA, Nº:

Complemento

PROXIMO AO MERCADO LIMA

Bairro

VILA SANTA BARBARA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 4680435 SSP PI

Mãe: DIJANIRA SILVA DE MELO

Pai: SEVERINO JOSE DE MELO

Endereço: RUA DA GLORIA, Nº 4405

Bairro: SATÉLITE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9443-8220

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal accidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A vítima compareceu a esta Especializada para noticiar que trafegava na condução do veículo motocicleta Honda de placa OEE 9706 de propriedade da ex esposa Ivonete Eneas de Oliveira, pelo endereço acima citado sentido direcional Vale do Gavião/Santa Barbara quando ao passar nas proximidades do Mercado Lima, um animal do tipo cachorro veio a adentrar a via de forma repentina saindo de um acougue e provocando o choque com o veículo do informante e a queda do mesmo tendo saído com lesões corporais. Informa que foi socorrido pelo SAMU e levado ao HUT e em seguida foi transferido ao Hospital da Polícia onde ficou internado por 13 dias e onde foi submetido a uma cirurgia. Informa que não fazia uso de capacete tampouco havia ingerido bebida alcoólica no dia do fato.

Francelina De Medeiros Elisiário - Mat. 1963295
AGENTE DE POLÍCIA

JOSINALDO SILVA DE MELO - Noticiante
Responsável pela Informação



Delegado de Polícia

Boletim de ocorrência emitido em: 05/11/2018 11:07 - SisBO@2011-2018 ATI



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/07/2020 10:42:04
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070710420308300000010108288>
Número do documento: 20070710420308300000010108288

Num. 10654131 - Pág. 7

AVERBAÇÃO AO B.O: 100203.003834/2018-72

AVERBA-SE A ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA INFORMAR QUE o proprietário do veículo DE PLACA OEE-9706 É IVONETE ENEAS DE OLIVEIRA, CPF 72443669300, QUE O CHASSI É 9C2HBO21OCR494957, RENAVAL 490162002.



TERESINA, 07 DE JANEIRO DE 2019,

JOSINALDO SILVA DE MELO

AVERBANTE

KÁTIA MARIA EVANGELISTA

ESCRIVÃ DE POLÍCIA



**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

Número do Sinistro: 3190042287
Nome do(a) Examinado(a): Josinaldo Silva de Melo
Endereço do(a) Examinado(a): R da Glória, 4405
Satélite Teresina PI CEP: 64059-210
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 4680435
Data local do acidente: [04/08/2018]
Data local do exame: [26/03/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA CLAVICULA DIREITA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: OSTEOSINTESE COM HASTE METALICA INTRAMEDULAR COM PLACA E PARAFUSO METALICO.
Complicações: LIMITACAO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO
Data da Alta: 04/09/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
PACIENTE EVOLUI COM DOR EM OMBRO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO.
SEM TRAUMA NEUROLOGICO E CRANIANO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITACAO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO COM DOR EM OMBRO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR GRAU 3 , COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.
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 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" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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 | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


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





Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

Aos Cuidados de: JOSINALDO SILVA DE MELO

Nº Sinistro: 3190042287
JOSINALDO SILVA DE MELO

Data do Acidente: 04/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190042287**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Pag. 01043/01044 - carta_09 - INVALIDEZ

00070522



Carta nº 14117890





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

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190042287

Vítima: JOSINALDO SILVA DE MELO

Data do Acidente: 04/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00069/00070 - carta_02 - INVALIDEZ

00080035



Carta nº 14086436





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

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190042287

Vítima: JOSINALDO SILVA DE MELO

Data do Acidente: 04/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSINALDO SILVA DE MELO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **JOSINALDO SILVA DE MELO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002004**

Conta: **0000069770-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190042287

Vítima: JOSINALDO SILVA DE MELO

Data do Acidente: 04/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSINALDO SILVA DE MELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13832193

Pag. 00811/00812 - carta_01 - INVALIDEZ



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: 29/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSINALDO SILVA DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000069770-1

Nr. da Autenticação 6F6CB76255C9BA5F



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Josinaldo Silva de Melo
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 4.680 435
CPF: 601.900.941-68
Profissão: pedreiro
Endereço: Rua da Gloria 4405
CEP: 64.000.000
Telefone: (86) 99534-6565 99401-2688

OUTORGADO:

Nome: Delle Roze Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.119 262
CPF: 840173173 91
Profissão: Recuso-me
Endereço: Rua 24 de janeiro Sudoeste norte
CEP: 64-000 235
Telefone: (86) 99534-6565 99401-2688



Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Josinaldo Silva de Melo

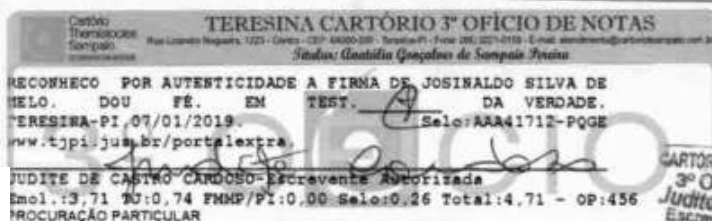
Teresina-PI 07/01/2019

Local e data

Josinaldo Silva de Melo

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Judite de Castro Cardoso
Escrevente Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020914/19

Número do Sinistro: 3190042287

Vítima: JOSINALDO SILVA DE MELO

CPF: 601.900.941-68

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 04/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSINALDO SILVA DE MELO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/03/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190042287 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSINALDO SILVA DE MELO **Data do acidente:** 04/08/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA.
TRAÇO DE FRATURA DO 5º ARCO COSTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 10763000216

NOME.....: JOSINALDO SILVA DE MELO

MÉDICO SOLIC:

DATA LAUDO...: 22/08/2018

CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 06/08/2018

IDADE: 45 anos

CRM: -PI

CÓDIGO: 36876

RX CLAVICULA DIREITA

O estudo radiológico da clavícula direita realizado nas incidências em rotação interna e rotação externa demonstra:

- Fratura cominutiva, desalinhada, no terço médio da clavícula.
- Articulações acrômio-clavicular e gleno-umeral preservadas.
- Espaço subacromial conservado.
- Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura na clavícula direita.

Ivan Fontenele Gomes

**IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI**



Av. Ruyton Cunha, 1842 - Ilheus - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-26

Telefone: (86) 3227-8265
Fax: (86) 3216-1520





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: H. Mat. Satélite

Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO

Data do exame: 05/09/2018

Id Paciente: 63683 II

Data do laudo: 14-09-2018

Raio X de Ombros

Estudo radiológico do ombro direito

Fratura completa desalinhada em vias de consolidação, localizada na diáfise da clavícula, fixada com fio metálico

Espaços articulares preservados.

Partes moles sem particularidades

Dr. Joelson Oliveira Moreira
Médico Radiologista
CRM-PI: 2353





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: H. Mat. Satélite

Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO

Data do exame: 15/08/2018

Id Paciente: 63683

Data do laudo: 13-09-2018

Raio X do Tórax

Campos pulmonares com transparência preservada.

Seios costofrênicos livres.

Área cardíaca preservada.

Mediastino sem alterações.

Raio X do ombro direito

- Fratura completa no terço médio da clavícula fixada por haste metálica intramedular.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

Dr. Evaldo Teixeira
Médico Radiologista
CRM-PI: 2195



COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS
CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR

CLIENTE...:86541 JOSINALDO SILVA DE MELO

CNS: 702902553926874

IDADE.....:45 anos

REQ:

MÉDICO ...:MILTON C. B. B. FILHO

DATA EXAME: 08/10/2018

SEXO.....:

CONVÊNIO: SUS

RX DA CLAVÍCULA DIREITA (02 INC.)

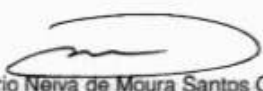
ACHADOS:

Controle de fratura da diáfise média da clavícula direita, com fio metálico intramedular.
Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.
Partes moles sem alterações radiológicas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Controle de fratura da diáfise média da clavícula direita, com fio metálico intramedular.

ASSOCIAÇÃO REABILITAR


Dr. Jorio Neiva de Moura Santos Cordeiro
CRM4146

Associação Reabilitar



Avenida Higino Cunha 1515 - Bairro Ihotas
CEP: 64014-220 - Teresina - Piauí
Telefone / Fax: 3198-1500
CNPJ: 07.995.466/0001-13





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
RECEITUÁRIO



DADOS DO PACIENTE

NOME: JOSINALDO SILVA MELO
DATA NASC.: 04/12/1972 IDADE: 45 Anos 10 Meses 12 Dias SEXO: Masculino ESTADO CIVIL:
ENDEREÇO: RUA DA GLORIA Nº 4405 COMPL.:
BAIRRO: SATELITE CIDADE: TERESINA CEP: 64059210

DECLARO PARA DEVIDOS FINS QUE PACIENTE CITADO
ACIMA , FOI OPERADO CLAVICULA DIR , DIA 09.08.18

Milton Batista
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PI 2024

Data:

Ass. Profissional
MILTON CASTELO BRANCO BATISTA FILHO
Conselho: 2024

"Humanizando e Cuidado Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1528 - Fax: (86) 3216 - 1520
CEP: 64.014-220 - Teresina - Piauí - CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Notificação do Estabelecimento de Saúde

- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

729959

Identificação do Paciente

- Nome: **JOSINALDO SILVA DE MELO**

6 - Prontuário: **395514**

- CNS: **702902553926874**

8 - Nascimento: **04/12/1972**

9 - Sexo: **M**

CPF: **601.900.941-68**

- Mãe: **DIJANIRA SILVA MELO**

12 - Fone: **86-9.94438220 / 981689497**

- Resp: **PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA MELO**

14 - Cor: **PARDA**

- Ender.: **RUA DA GLORIA**

4405

SATELITE

19 - CEP: **64059-210**

- Munic: **TERESINA**

17 - Cod. IBGE: **221100**

18 - UF: **PI**

RG: **46804-35**

Justificativa da Internação

- Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

- Condições que justificam a Internação:

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

- Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: **S420**

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURA DA CLAVICULA

Procedimento Solicitado

Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

108010150 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Tempo SUS

2

Clinica:

30 - Carater.: **02**

Ident.: **1**

31 - Documento: **CPF**

32 Doc. Med. Solic. **16778699841**

ITO II

Nome Profissional / Assistente

ANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:

05/08/2018

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

☐ Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Série

☐ Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

☐ Acidente de Trabalho Trajetado.

Vínculo com a Previdência. ☐ Empregado

☐ Empregador

☐ Autônomo

☐ Desempregado

☐ Aposentado

☐ Não Segurado.

Autorização

Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: **JACQUELINE ALMEIDA**

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão **15:05:11**





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

744918

Identificação do Paciente

5 - Nome: **JOSINALDO SILVA DE MELO**

6 - Prontuário: **395514**

7 - CNS: **702902553926874**

8 - Nascimento: **04/12/1972**

9 - Sexo: **M**

CPF: **601.900.941-68**

11 - Mãe: **DIJANIRA SILVA MELO**

12 - Fone: **86-9.94438220 / 981889497**

13 - Resp: **PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA MELO**

14 - Cor: **PARDA**

15 - Ender: **RUA DA GLORIA**

19 - CEP: **64059-210**

16 - Munic: **TERESINA**

4405 SATELITE

17 - Cod. IBGE: **221100**

18 - UF: **PI**

RG: **46804-35**

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

1 - Condições que justificam a Internação:

2 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

3 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: **T039**

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

LUXACOES, ENTORSES E DISTENSOES MULTIPLAS, NAO ESPECIFICADAS

Procedimento Solicitado

- Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0308010043 TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MULTIPLAS REGIOES DO CORPO

Tempo SUS

7

- Clínica:

30 - Carater.: **02**

Ident.: **1**

31 - Documento: **CPF**

32 Doc. Med. Solic. **16778699841**

OSTO II

- Nome Profissional / Assistente

ANDRÉ PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:

22/08/2018

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

- () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Série

- () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

- () Acidente de Trabalho Trajetado.

- Vínculo com a Previdência. () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado.

Autorização

- Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

- Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: **OSCARINA**

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão **15:05:48**





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

740871

Identificação do Paciente

5 - Nome: **JOSINALDO SILVA DE MELO**

6 - Prontuário: **395514**

7 - CNS: **702902553926874**

8 - Nascimento: **04/12/1972**

9 - Sexo: **M** CPF: **601.900.941-68**

11 - Mãe: **DIJANIRA SILVA MELO**

12 - Fone: **86-9.94438220 / 981889497**

13 - Resp: **JOSINALDO SILVA DE MELO**

14 - Cor: **PARDA**

15 - Ender: **RUA DA GLORIA**

4405 SATELITE 19 - CEP: **64059-210**

16 - Munic: **TERESINA**

17 - Cod. IBGE: **221100** 18 - UF: **PI** RG: **46804-35**

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

1 - Condições que justificam a Internação:

2 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

3 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: **A490**

25 - Cid Sec.: _____ 26 - Cid C.Ass.: _____

INFECCAO ESTAFILOCOCCICA DE LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA

Procedimento Solicitado

1 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0308040015 TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS

Tempo SUS
5

1 - Clínica: **30 - Carater.: 02 Ident.: 1 31 - Documento: 32 Doc. Med. Solic. CPF 83823077368**

- Nome Profissional / Assistente
OCELODO ANTONIO NEVES DO REGO

34 - Data de Solicitação:
16/08/2018

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

- () Acidente de Trânsito. 39 - CNPJ Seguradora: 42 - Nº. Bilhete. 41 - Serie
- () Acidente de Trabalho Típico. 42 - CNPJ Empresa: 43 - CNAE Empresa 44 - CBOR.
- () Acidente de Trabalho Trajetado.
- Vínculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

- Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

- Documento 49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: **ANA.ARAUJO**
Consulta Local:
Consulta SUS:
Impressão **15:06:10**





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confere com o(a) original que
foi apresentado(a) e dou fé.
Em, 29/10/18.

Setor do Arquivo Técnico do HPMPI

Luiz Henrique Falcão Filho 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Josivaldo Silva de Melo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 395614/18

Obs: Não fornecemos 2ª via.



HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPI
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado



8/2018

Comprovante de admissao

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE**

Número do Laudo: **123254**

Orgão Emissor:

M221100001

Paciente: JOSINALDO SILVA DE MELO

Nascimento: 04/12/1972

Procedimento:

0308040015 - TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE
PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS

CID:

A490 - INFECCAO ESTAFILOCOGICA DE LOCALIZACAO NAO
ESPECIFICADA

Data da Solicitação: 22/08/2018

Data da

Autorização:

AIH.: |

Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR
DIRCEU ARCOVERDE - HPM

Autorizador



Luís Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198153-2 / Miel. 14435-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 123254
	AIH: 2218101618667

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	2323451
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
	JOSINALDO SILVA DE MELO	04/12/1972	395514	M
DOCUMENTO RG	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
1159074		DIJANIRA SILVA DE MELO	PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA MELO	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)		NÚMERO / LOTE	
	DA GLORIA		4405	
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
CENTRO		TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	COD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MULTIPLAS REGIOES DO CORPO	0308010043

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CODIGO		
TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS	0308040015		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CODIGO		
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MULTIPLAS REGIOES DO CORPO	0308010043		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
LUXACOES, ENTORSES E DISTENSOES MULTIPLAS, NAO ESPECIFICADAS	T039		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vitima de acidente com politraumatismo apresenta entorse múltipla do membro superior direito.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
LEANDRO PONCE LEAL	<i>Leandro Ponce Leal</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 2608
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
207271191110018	11/09/2018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
LUIZ EDSON DOS SANTOS COSTA	<i>Luis Henrique Vasconcelos Reis</i> RGRM 105198193-2 / Mat. 14435-9 Chefe do Setor do Arquivo Técnico	
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
980016000055043		11/09/2018 11:19:06

Leandro Ponce Leal
Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Diretor Técnico do HPMPI
CRM-PI 2608

Luis Henrique Vasconcelos Reis
RGRM 105198193-2 / Mat. 14435-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

54. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2. CNES
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR	2323451
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	3. CNES
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR	2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE					
OSINALDO SILVA DE MELO					
4. Nº PRONTUÁRIO	7. CARTÃO NACIONAL SUS	8. DATA NASC	9. SEXO	10. CPF	11. RG
	702902553926874	04/12/1972	Masculino	60190094168	4680435 SSP-PI
12.1 NOME DO RESPONSÁVEL		12.2 NOME DO RESPONSÁVEL			
ELIANIRA SILVA MELO		PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA MELO			
12.3 CID PRINCIPAL		12.3 COMPLEMENTO			
SATELITE					
12.4 CID LOCAL		12.4 COMPLEMENTO LOCAL			
SATELITE					
13. TELEFONE DE CONTATO	14. MUNICÍPIO	15. UF	16. CEP		
94438220	TERESINA	PI	64059210		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE COM POLITRAUMATISMO APRESENTA ENTORSE MÚLTIPLA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
ACIMA		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)		
DIAGNÓSTICO INICIAL		
TORSE MÚLTIPLA DO MSD		
21. CID PRINCIPAL	22. CID SECUNDÁRIO	23. CID CAUSAS ASSOCIADAS
T039		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

17. TIPO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		24. CID DO PROCEDIMENTO
18. TIPO DE PROCEDIMENTO		0308010043
19. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
20. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
21. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
22. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
23. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
24. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
25. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
26. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
27. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
28. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
29. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
30. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
31. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
32. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
33. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
34. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
35. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
36. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
37. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
38. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
39. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
40. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
41. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
42. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
43. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
44. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
45. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
46. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
47. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
48. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
49. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
50. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
51. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
52. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
53. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
54. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
55. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
56. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
57. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
58. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
59. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
60. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
61. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
62. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
63. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
64. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
65. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
66. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
67. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
68. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
69. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
70. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
71. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
72. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
73. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
74. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
75. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
76. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
77. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
78. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
79. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
80. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
81. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
82. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
83. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
84. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
85. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
86. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
87. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
88. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
89. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
90. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
91. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
92. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
93. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
94. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
95. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
96. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
97. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
98. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
99. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984
100. TIPO DE PROCEDIMENTO		1677863984

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

ACIDENTE DE TRÂNSITO	33. CNPJ DA SEGURADORA	34. Nº DO BILHETE
ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	35. CNPJ EMPRESA	36. CNPJ EMPRESA
ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	37. CNPJ EMPRESA	38. CNPJ EMPRESA
39. CID PRINCIPAL	40. CID SECUNDÁRIO	41. CID CAUSAS ASSOCIADAS

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO
12.09.18		
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO
Luis Henrique Ponce Leal		Luis Henrique Ponce Leal
CRM 17.581-0/PI		CRM 17.581-0/PI
CNS 98004000000000000000		CNS 98004000000000000000

Luis Henrique Ponce Leal
RGPM 105198193-2 / Matr. 14433-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico





Força Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

FICHA DE PRONTUÁRIO

22/08/2018

Pront: 395514

Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO

Nasc.: 04/12/1972 Sexo: M

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 744918

Enfermaria: POSTO II ENF 218

Leito: 218

Pai: SEVERINO JOSE DE MELO

Mãe: DIJANIRA SILVA MELO

RG: 4680435

Residência:

RUA DA GLORIA
Nr.: 4405
Cep: 64059210

Bairro: SATELITE
Cidade: TERESINA
Telefone: 86 - 994438220

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

paciente vítima de acidente com politrauma
apresenta fraturas múltiplas do membro superior
direito.

DIAGNÓSTICO

Provisório:

Principal: ~~Fratura~~ Múltiplas do MS D

Procedimento:

Sintomas e Sinais Principais

Sinais dor e incapacidade
funcional

Luís Henrique Vasconcelos Reis 20101111
RGEM 105198193-2 / Matr. 14455-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

CID -1000-

CID T022

Causa Médica

Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:

- ☒ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

Terapêutica Médica

Medicamentoso

Operação

Eficácia

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

Data/Hora de Internação
22/08/2018 09:42:04

DURAÇÃO

Data da Alta:
28/08/2018

Data da Hospitalização
1/1

ALTA

Saída

- ☐ Curado ☐ Divisão Médica
☐ Melhorado ☐ Por Indisciplina
☐ Inalterado ☐ Evasão
☐ A Pedido ☐ P. Ambulatório
☐ Internação p/ Diagnóstico

Transferência

- ☐ Fisiologia
☐ Psiquiatria
☐ Outros

Óbito

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado
agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar
estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE 1/1/1

Assinatura:

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP: 64014-090 - Teresina - PI - CNPJ: 07.444.450/0001-00

Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2608



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 115465
PACIENTE: JOSINALDO SILVA DE MELO
NOME DA MÃE: DIJANIRA SILVA MELO
DATA DO NASCIMENTO: 04/12/1972
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 23/08/2018
DATA DO LAUDO: 24/08/2018
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Controle pós-operatório de osteossíntese na clavícula com fios metálicos.

Redução difusa da densidade mineral óssea.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Sinais de fratura no aspecto posterior do quinto arco costal direito.

*Correlacionar com dados clínicos.



Luiz Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA CO:
CRM: 3

Av. J. J. Cunha, 1542 - J. J. Cunha - 64.014-220
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265
Fax (86) 3216-1520





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

EDIDO: 110956
TENDIMENTO: 744918
ACIENTE: JOSINALDO SILVA DE MELO
ATA DO NASCIMENTO: 04/12/1972
ONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
EDICO: LEANDRO PONCE LEAL
OSTO: POSTO II ENF: 218 LEITO:

DATA: 23/08/2018

SEXO: M
IDADE: 45a 8m 19d

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LAB

ERITROGRAMA:

Hemácias.....: 4,90 milhões/mm³
Hemoglobina.....: 14,00g/dl
Hematócrito.....: 45,0%

Valores de Referências

Homem	Mulher
4,5 - 6,5	3,9 - 5,8
13,5 - 18,0	11,5 - 16,4
40,0 - 54,0	36,0 - 47,0

LEUCOGRAMA:

Leucócitos.....: 6.900mil/mm³

Valores Referências

4.000 - 10.000

Bastões.....:
Segmentados.....: 66
Eosinófilos.....: 2
Basófilos.....:
Linfócitos.....: 31
Monócitos.....: 1
Metamielócitos.....:
Mielócitos.....:

3 - 5 %
50 - 66 %
2 - 4 %
0 - 1 %
20 - 30 %
4 - 8 %
0 - 0 %
0 - 0 %

OBS:

Plaquetas.....: 400.000mm³

OBS:

Método: Impedância/Difrações

100.000 mm³ a 400.000
mm³



Luiz Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP.QOPM-FARMAC.BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F.FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Telefone: (86) 3228-1260
Fax: (86) 3216-1520





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confere com o(a) original que
foi apresentado(a) e dou fe.
Em, 29/10/18

Setor do Arquivo Técnico do HPMPI
Luís Henrique Vasconcelos Reis
Luís Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPI
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Josinaldo Silva de Melo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 395514/18.

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

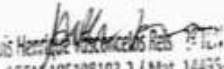
Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado



FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA	
COMPROVANTE	
Número do Laudo: 123254	Orgão Emissor:
M221100001	
Paciente: JOSINALDO SILVA DE MELO	
Nascimento: 04/12/1972	
Procedimento:	
0308040015 - TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE	
PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS	
CID:	
A490 - INFECCAO ESTAFILOCOGICA DE LOCALIZACAO NAO	
ESPECIFICADA	
Data da Solicitação: 16/08/2018	Data da
Autorização: 27/08/2018 09:25:19	
AIH.: 2218101614950	
Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR	
DIRCEU ARCOVERDE - HPM	
 Autorizador	
Operador:	
Atendimento (Data, Hora): 27/08/2018 12:07:19	


 Ednan Soares Coutinho
 RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9
 chefe do Setor do Arquivo Técnico



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 123254
AIH: 2218101614950

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

JOSINALDO SILVA DE MELO

NASCIMENTO SEXO PRONTUARIO

04/12/1972 M 395514

DOCUMENTO

CPF

1159074

TELEFONE NOME DA MÃE

DIJANIRA SILVA DE MELO

RESPONSÁVEL

PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA MELO

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

4405

BAIRRO

CENTRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS DE CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

A490 - INFECÇÃO ESTAFILOCÓCICA DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0308040015 - TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

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

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Diretor Técnico do HPMP
CRM-PI 2608

LEANDRO PONCE LEAL

CPF: 16778699841

CRM:

CARATER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

16/08/2018

DATA ADMISSÃO

16/08/2018 09:30

DATA ALTA

17/08/2018 09:25

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 09623442300 CRM:	DATA ANALISE: 27/08/2018 09:25:19

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Luís Henrique Ponce Leal
RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

27/08/2018 12:11





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de internação Hospitalar (AIH)

123254

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2 - CNES 2323451	Atendimento 740871
3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	4 - CNES 2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO	6 - Prontuário: 395514		
7 - CNS: 702902553926874	8 - Nascimento: 04/12/1972	9 - Sexo: M	CPF: 601.900.941-68
11 - Mãe: DIJANIRA SILVA MELO	12 - Fone: 86-9.94438220 / 981889497	14 - Cor: sem ident	
13 - Resp: JOSINALDO SILVA DE MELO	15 - Ender: DA GLORIA	19 - CEP: 64059-210	
16 - Munic: TERESINA	4405 SATELITE	17 - Cod. IBGE: 221100	18 - UF: PI RG: 46804-35

Justificativa da internação

2º Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
*PO de compressão na clavícula
direita, evoluindo com perda
da redução*

21 - Condições que justificam a internação:
Doença intensa

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)
Rx e Exame físico

23 - Diagnóstico Inicial: **FRATURA DA DIAFISE DO UMER**
24 - Cid Princ.: **S423.592** 25 - Cid Sec.: **0308010015** 26 - Cid C.Ass.: **0308010019**

27 - Procedimento Solicitado: **REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DA DIAFISE DO UMER**
29 - Clínica: **POSTO I** 30 - Carater: **02** 31 - Documento: **CPF 83823077368** 32 Doc. Med. Solic.
33 - Nome Profissional / Assistente: **ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO** 34 - Data de Solicitação: **16/08/2018**

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - N°. Bilhete.	41 - Serie
37 - () Acidente de Trabalho Típico.	42 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE. Empresa	44 - CBOR.
38 - () Acidente de Trabalho Trajetos.			

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização: 03/10/18
48 - Documento	49 - Num. Documento

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:
Paulo Henrique de Oliveira Melo

52 - Ass. Carimb. Med. Solicitante:
Assinatura: **ANA ARAUJO**
Consultor Local:
Consulta SUS:
Impressão: **6:31:31**





Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL SIM ☐ NÃO ☐	FICHA DE PRONTUÁRIO		16/08/2018
IDEM OUTROS HOSPITAIS SIM ☐ NÃO ☐	Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO		Pront.: 395514
CLÍNICA	Nasc.: 04/12/1972 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO	
Médico Assistente	Atendimento: 740871	Enfermaria: POSTO I	ENF 112 LEITO
Permanência	Pal: SEVERINO JOSE DE MELO	Leito: 112	
CLÍNICA	Mãe: DIJANIRA SILVA MELO		
	RG: 4680435		
	Residência:		
	DA GLORIA	Bairro: SATELITE	
	Nr.: 4405	Cidade: TERESINA	
	Cep: 64059210	Telefone: 86 - 994438220	

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Doença de origem de
convulsão não febril
com perda de consciência

DIAGNÓSTICO

Provisório:	<i>Doença de epilepsia</i>	CID S428
Principal:		CID
Procedimento:		
Sintomas e Sinais Principais	<i>Doença de epilepsia</i>	Causa Médica
		Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico	<i>Tratamento</i> <i>com medicamentos</i>		☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação 16/08/2018 06:28:24	Data da Alta 17/08/2018	Data da Hospitalização
--	----------------------------	------------------------

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ A Pedido ☐ Internação p/ Diagnóstico	☐ Divisão Médica ☐ Por Indisciplina ☐ Evasão ☐ P. Ambulatório	☐ Fisiologia ☐ Psiquiatria ☐ Outros
		☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE / /

Assinatura:

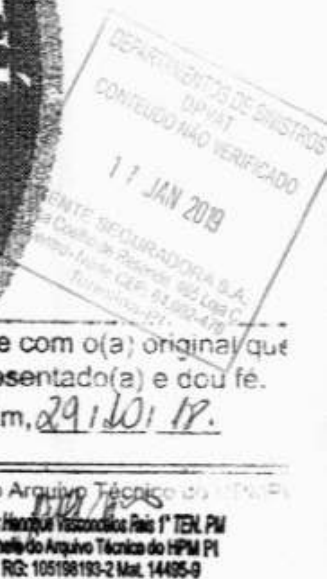
"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/07/2020 10:42:04
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070710420308300000010108288
Número do documento: 20070710420308300000010108288



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



NOME DO PACIENTE: Josivaldo silva de melo
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 395514/18.

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPi
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado



10/08/2018

Comprovante da alta

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE**

Número do Laudo: **118265**

Orgão Emissor:

M221100001

Paciente: JOSINALDO SILVA DE MELO

Nascimento: 04/12/1972

Procedimento:

0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

CID:

S420 - FRATURA DA CLAVICULA

Data da Solicitação: 05/08/2018

Data da

Autorização: 05/08/2018 14:55:22

AIH.: 2218101571818

Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR
DIRCEU ARCOVERDE - HPM

Autorizador

Operador:

Atendimento (Data, Hora): 10/08/2018 12:25:45



Luís Henrique Pires de Figueiredo Reis
RG/PM 105198193-2 / Mat. 14455-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 118265
AIH: 2218101571818

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON RUCHA - HUT

CNES
5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES
2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE JOSINALDO SILVA DE MELO	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE		
1159074		DUANIRA SILVA DE MELO		
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	RESPONSÁVEL		
		PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA MELO		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
CENTRO		TERESINA	PI	
		NUMERO / LOTE		
		4405		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA DE CLAVÍCULA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRANSFERENCIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

CID 10 SECUNDARIO CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010120 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

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

Leandro Ponce Leal
Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Diretor Técnico do HPMPPI
CRM-PI 2608

CARATER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

05-08-2018

LEANDRO PONCE LEAL

CPF: 16778699841

CRM

DATA ADMISSÃO

05-08-2018 14:45

DATA ALTA

10-08-2018 12:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
CELSO PIRES FERREIRA FILHO CPF: 7636103791 CRM	
DATA ANALISE: 05/08/2018 14:55:22	CPF CRM DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Luís Henrique Vascotto Reis
Luís Henrique VASCOTTO REIS
RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

3 - Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

4 - CNES

2323451

729959

Identificação do Paciente

5 - Nome: **JOSINALDO SILVA DE MELO**

6 - Prontuário: **395514**

7 - CNS: **702902553926874**

8 - Nascimento: **04/12/1972**

9 - Sexo: **M**

CPF: **601.900.941-68**

11 - Mãe: **DIJANIRA SILVA MELO**

13 - Resp: **PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA MELO**

12 - Fone: **86-9.94438220 / 981889497**

15 - Ender.: **DA GLORIA**

14 - Cor: **sem ident**

16 - Munic: **TERESINA**

4405

SATELITE

19 - CEP: **64059-210**

17 - Cod. IBGE: **221100**

18 - UF: **PI**

RG: **46804-35**

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Justificativa da Internação

Apresenta fratura de humero direito com deslocamento e lesão de tendão do m. biceps.

21 - Condições que justificam a internação:

Ex. Clínico

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

*Laudo de Exame de Ressonância Magnética
do Membro Superior Direito
Data: 10/05/2018 / Mat. 14435-9
Chefe do Setor de Imagem Médica*

23 - Diagnóstico Inicial:

FRATURA DA CLAVICULA

24 - Cid Princ.: **S420**

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408010185

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR

Tempo SUS

29 - Clínica:

POSTO II

30 - Carater.: **02**

Ident.: **1**

31 - Documento:

CPF

16778699841

33 - Nome Profissional / Assistente
LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:
05/08/2018

35 - Ass. Carimbo Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - CNPJ Empresa:

40 - Nº. Bilhete.

43 - CNAE. Empresa

41 - Série

44 - CBOR.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: **JACQUELINE ALMEIDA**
Consulta Local:
Consulta SUS:
Impressão: **14:43:56**



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/07/2020 10:42:04

<http://tjpi.pje.jus.br:801g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070710420308300000010108288>

Número do documento: 20070710420308300000010108288



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO

Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO

05/08/2018

Nasc.: 04/12/1972 Sexo: M

Pront.: 395514

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 729959

Enfermaria: POSTO II

ENF 212 LEITO

Leito: 212

Pai: SEVERINO JOSE DE MELO

Mãe: DIJANIRA SILVA MELO

RG: 4680435

Residência:

DA GLORIA

Nr.: 4405

Cep: 64059210

Bairro: SATELITE

Cidade: TERESINA

Telefone: 86 - 994438220

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Apresentando quadro de hipertensão arterial sistêmica

DIAGNÓSTICO

Provisório:

Principal:

Procedimento:

Sintomas e Sinais Principais

CID S420

CID

Causa Médica

Histo - Patológico:

Laís Helena Rodrigues Reis - 19/12/2011

RGPM 105198193-2 Mat. 14435-9

Chefe do Setor de Arquivo Técnico

TRATAMENTO

Tipo:

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

Terapêutica Médica

Operação

Eficácia

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação

05/08/2018 14:41:35

Data da Alta:

Data da Hospitalização

ALTA

Saída

- ☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ A Pedido
☐ Internação p/ Diagnóstico
- ☐ Divisão Médica
☐ Por Indisciplina
☐ Evasão
☐ P. Ambulatório

Transferência

- ☐ Fisiologia
☐ Psiquiatria
☐ Outros

Óbito

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE ☐ ☐ ☐

Assinatura:

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/07/2020 10:42:04

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070710420308300000010108288>

Número do documento: 20070710420308300000010108288



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 09/08/18
Nº DO PRONTUÁRIO: 345514 SALA: 08
CÓD DA CIRURGIA: 2408010150

Descrição da Cirurgia:

Am Ambr Woe
Lup agn pte
Reduzir plexo clavel
e fute entre
/



Luis Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Cirurgia:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

1º Ambr Woe
2º Ambr Woe
3º Ambr Woe
Instrumentador: Pibeli
Circulante: Maria I. Fapela



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE***"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"***Nº ORDEM.....: 113732****NOME.....: JOSINALDO SILVA DE MELO****MÉDICO SOLIC: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO****DATA LAUDO...: 19/08/2018****CONVÊNIO: INTERNO****DATA REALIZ: 10/08/2018****IDADE: 45 anos****CRM: 3531-PI****CÓDIGO: 36876****RX CLAVICULA DIREITA**

O estudo radiológico da clavícula direita realizado nas incidências em rotação interna e rotação externa demonstra:

- Fratura oblíqua no terço médio da clavícula direita fixada com fio metálico intramedular.
- Articulações acrômio-clavicular e gleno-umeral preservadas.
- Espaço subacromial conservado.
- Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**Controle ortopédico.****IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI**

Luís Henrique Vasconcelos Reis 19/08/2018
RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico



Telefone: (86) 3227-6265
Fax (86) 3216-1820





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

FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina

SUS

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

ID = 36213

*NOME DO HOSPITAL: HUT *ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

*NOME: JOSINALDO SILVA DE MELO IDADE: _____ *DN: 04 / 12 / 72

*NOME DA MÃE: DUANIRA SILVA DE MELO

ENDEREÇO: RUA DA GLORIA N 4405, BAIRRO :SATELITE

*CARTÃO DO SUS: 702902553926874

RESPONSÁVEL: _____

*ID (Nº DO GESTOR SAÚDE): 118112

*CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: SEM URGÊNCIA () POUCO URGENTE () URGENTE(X)

MUITO URGENTE() PRIORIDADE MÁXIMA()

I = TRANSFERÊNCIA

*CLÍNICO ()

*CIRÚRGICO (X)

QUADRO CLINICO: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA DE CLAVICULA

*Pressão Arterial: 150 X 105 (mmHg) Saturação: 98 % Freq. Cardíaca: 68 (bpm)

*Freq. Respiratória: 16 (rpm) Uso de O2: SIM () NÃO(X) Nível de Consciência: 15

*Glicemia: _____ ISOLAMENTO: SIM (X) NÃO () /BACTÉRIA: _____

EXAMES/RESULTADO:

RX

*DIAGNÓSTICO:

*CID 10: S420

17 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Centro de Brasília, 550 Lda C
Centro - Teresina CEP: 64.002-470
Teresina - PI

*TRATAMENTO REALIZADO:

ANALGESIA

*MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

RETAGUARDA

*DATA: _____

* Ass. e carimbo do médico



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/07/2020 10:42:04

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070710420308300000010108288>

Número do documento: 20070710420308300000010108288

Num. 10654131 - Pág. 48



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

[illegible]

MÉDICO/CRM:





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

EDIDO: 108717
TENDIMENTO: 729959
ACIENTE: JOSINALDO SILVA DE MELO
ATA DO NASCIMENTO: 04/12/1972
ONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO
OSTO: POSTO II ENF: 212 LEITO: 02

DATA: 05/08/2018

SEXO: M
IDADE: 45a 8m 2d

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LAB

ERITROGRAMA:

Hemácias.....: 4,29 milhões/mm³
Hemoglobina.....: 13,80g/dl
Hematócrito.....: 41,0%

Valores de Referências

Homem	Mulher
4,5 - 6,5	3,9 - 5,8
13,5 - 18,0	11,5 - 16,4
40,0 - 54,0	36,0 - 47,0

LEUCOGRAMA:

Leucócitos.....: 6.500mil/mm³

Valores Referências

4.000 - 10.000

Bastões.....:
Segmentados.....: 67
Eosinófilos.....: 2
Basófilos.....:
Linfócitos.....: 30
Monócitos.....: 1
Mielócitos.....:

3 - 5 %
50 - 66 %
2 - 4 %
0 - 1 %
20 - 30 %
4 - 8 %
0 - 0 %

0 - 0 %

OBS:

Plaquetas.....: 247.000mm³

OBS:

Método: Impedância/Difrações

100.000 mm³ a 400.000
mm³



FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Endereço: Rua 142 - Ilheus - Teresopolis
CEP 2414-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3228-1260
Fax (86) 3216-1520





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

DATA: 05/08/2018

SEXO: M

IDADE: 45a 8m 2d

PEDIDO: 108717
ATENDIMENTO: 729959
PACIENTE: JOSINALDO SILVA DE MELO
DATA DO NASCIMENTO: 04/12/1972
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO
POSTO: POSTO II ENF: 212 LEITO:

COAGULOGRAMA

Material: Sangue

Tempo de Sangria.....: 1,30 min.
Método: Duke Normal: 1,0 a 4,0 Minutos

Tempo de Coagulação.....: 7,00 min.
Método: Lee-Write Normal: Até 12 Minutos

Prova do Laço.....: NEGATIVA
Normal: Negativo

RETRAÇÃO DO COAGULO.....: TOTAL



FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 108717
ATENDIMENTO: 729959
PACIENTE: JOSINALDO SILVA DE MELO
DATA DO NASCIMENTO: 04/12/1972
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO
POSTO: POSTO II ENF: 212 LEITO:

DATA: 05/08/2018

SEXO: M
IDADE: 45a 8m 2d

GLICEMIA

RESULTADO.....: **95,00** MG/DL

VALOR DE REFERÊNCIA: NEGATIVO
MÉTODO: COLORIMÉTRICO ENZIMÁTICO
MATERIAL: SORO/PLASMA



FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilheus - Teresopolis - RJ
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3228-1260
Fax: (86) 3216-1520





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 108717
ATENDIMENTO: 729959
PACIENTE: JOSINALDO SILVA DE MELO
DATA DO NASCIMENTO: 04/12/1972
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO
POSTO: POSTO II ENF: 212 LEITO:

DATA: 05/08/2018

SEXO: M
IDADE: 45a 8m 2d

UREIA: 17 mg/dl
Material: Soro Método: Enzimático Valor de Referência:
15 a 40 mg/dl

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Av. Elmano Carrara, 1642 - União - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0001-25

Telefone: (86) 3228-1260
Fax (86) 3216-1520





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 108717
ATENDIMENTO: 729959
PACIENTE: JOSINALDO SILVA DE MELO
DATA DO NASCIMENTO: 04/12/1972
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO
POSTO: POSTO II ENF: 212 LEITO:

DATA: 05/08/2018

SEXO: M
IDADE: 45a 8m 2d

CREATININA..... 0,7 mg/dl
Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
De 0,4 a 1,4 mg/dl



FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP.QOPM-FARMAC.BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F.FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Av. Manoel de Medeiros, 1642 - Ponta - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3228-1260
Fax (86) 3216-1520



2018-08-08 14:47

ID : 06

Name: JOSINALDO SILVA

Age: 45yrs Sex: M

Ht: 0cm Wt: 0kg

Heart Rate: 74 bpm

PR int: 110 ms

QRS dur: 106 ms

QT/QTc: 374/419 ms

P-R-T axes: 76-35-25

*** Analysis Resu. ***

Normal Sinus Rhythm

Left Axis Deviation

Inferior MI

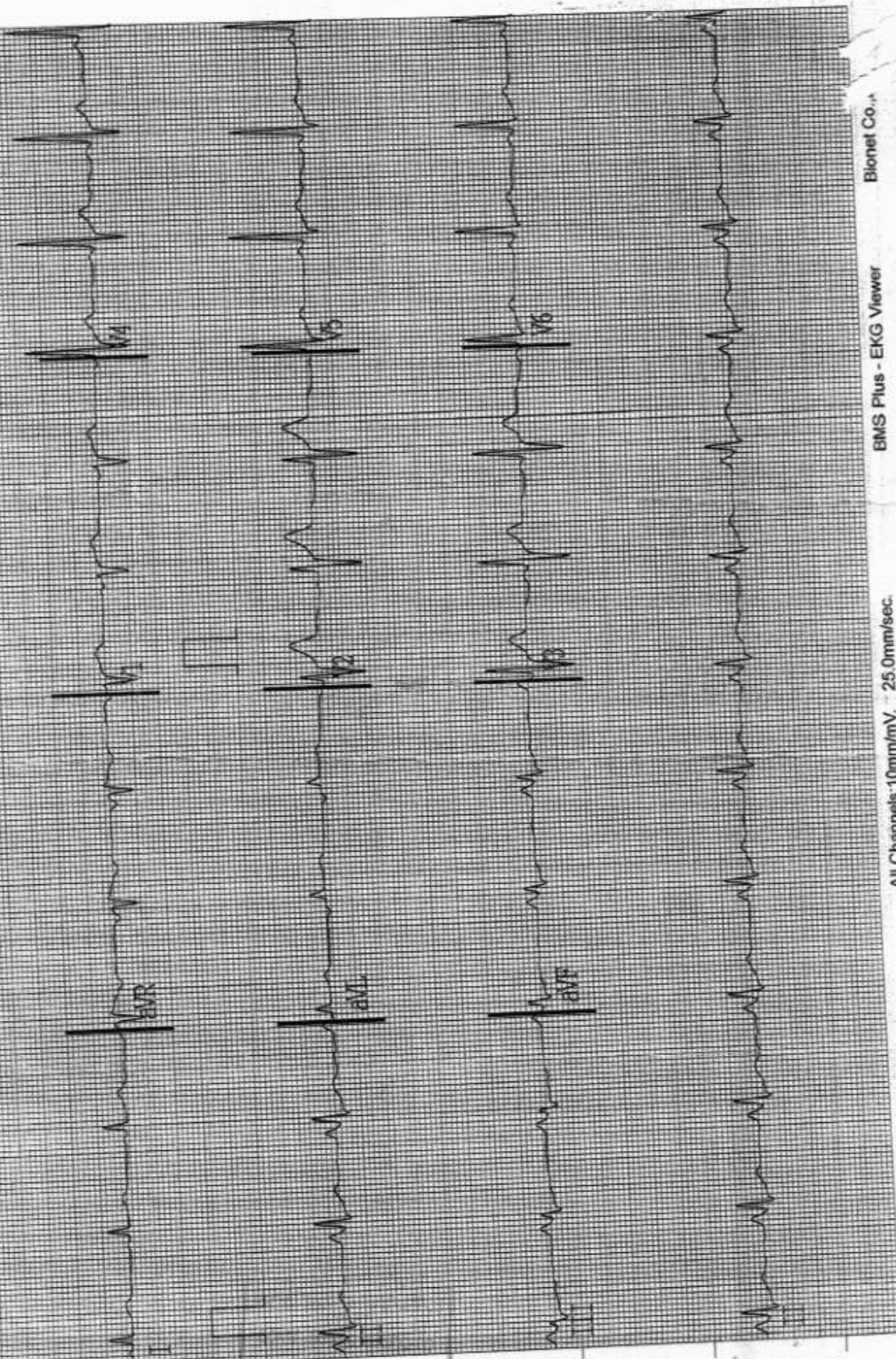
[Markedly Abnormal ECG]

*** Comment ***

PACIENTE: JOSINALDO SILVA DE MELO

DATA DE NASCIMENTO: 04/12/1972

MÉDICO SOLICITANTE: DR. LUCAS



Bionet Co.,a

BMS Plus - EKG Viewer

All Channels: 10mm/mV - 25.0mm/sec.

0.1Hz-40Hz, AC 50Hz, EMG.

17 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cosme de Faria, 100 - Jd. do Paraíso

212/02

MPM

2000
DR. JOSE ALDO SILVA DE MELO
0457
M



[Handwritten signature]
Luís Henrique Vasconcelos Reis RGPM 105198193-2 / Matr. 14435-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

Mostr. 07/2018
Exatidão 06/06/2018

ID: 113732
Paciente: JOSINALDO SILVA DE MELO
Idade: 045Y
Sexo: M

MPM



Mostrando: 08:12
Exatidão: 10/08/2018

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/07/2020 10:42:04
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070710420308300000010108288
Número do documento: 20070710420308300000010108288



ID: INT. 00 10654131
Paciente: JOSIVALDO SILVA DE MELO
Idade: 045y
Sexo: M

RGPM



Luiz Henrique de Almeida
RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

Horas: 10:13
Processo: 10654131



HPM

F. 03 22/08/18
RE: JOSINALDO SILVA DE MELO
: 045Y
M



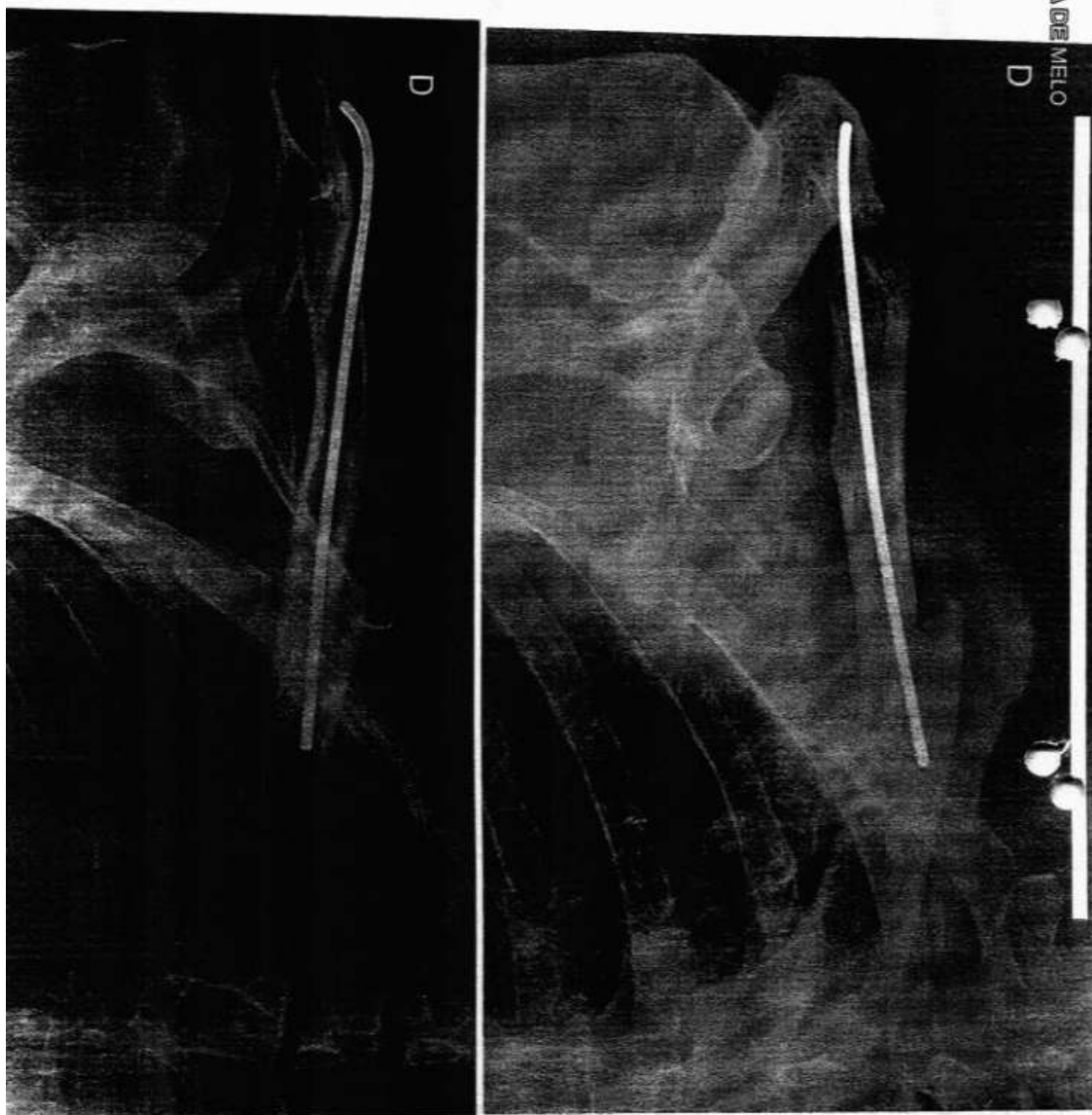
Luiz Henrique Vasconcelos Reis
Luiz Henrique Vasconcelos Reis 79 TC 1771
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Fls: 1432
Exame: 22/08/2018

CPF 1116463
Paciente JOSINALDO SILVA DE MELO
Idade 045Y
Sexo M

Horar 14:31
Exame 22/08/2018

LUIS MARCELO RODRIGUES REIS
RGPR 105198193-2 / Mat. 14455-9
Chefe do Setor de Registro Técnico



CONTEUDO NAO VERIFICADO
17 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cosmo de Rezende, 405 Loja C
Centro-Norte CEP: 84.002-470
Tel: 011-3011-8111

HPM



ID: 116435
Paciente JOSINALDO SILVA DE MELO
Idade: 0457
Sexo: M

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
17 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Rezende, 165 Loja C
Centro - Niterói CEP - 24090-000
Paraná

Hote: 1431
Exame: 22/08/2018



Luiz Henrique Rodrigues Reis
RGPM 106198193-2 / Mat. 14455-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico



HPM



Luiz Henrique dos Santos
Nº 105198193-2 / Matr. 14435-9
Chefe do Setor de Análise Técnica



DEPARTAMENTO DE REGISTROS
DPIAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Clotilde de Resende, 485 Lapa C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



Nome: 07-05
Exame: 06/08/2018

2000
Ass: JOSINALDO SILVA DE MELO
045Y
M



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0475253

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

CRATEUS-CE

CERT. NASC. 529 L 141 F 141

EXP CRATEUS-CE 25/09/18

TERESINA - PI

840.173.173-91

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83





CLÍNICA
MACHADO

RELATÓRIO MÉDICO

Jeonismos por Josimuloo
silva de uello, foi vítima de acidente
de trânsito, fato ocorrido em
04.08.18 às 930HS, tendo sofrido forte
trauma que nos, causando com fratura
tubo em torço axial da cervical
Direita; onde foi feito cirurgia
e através de osteossintese, esteve inter-
nada por um período de 18 dias, com
placenta com fratura completa, com
trauma fortes sobre com a mi-
ca de acurados, com secção
de fratura do acurados
gito, com a fixação definitiva, com
comprometimento funcional de
75%

Edimar
12.03.2019

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2668-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 MAR 2019

GENTE SEGURO S.A.
Rua Celso de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

Residencial Tropical Park

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

Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

CARTeira DE IDENTIDADE

0283601
1093820

Assinatura do Titular: *João de Deus Martins*

POLEGAR DIREITO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 4.680.435 DATA DE EMISSÃO: 26/09/17

NOME: JOSINALDO SILVA DE MELO

FILIAÇÃO: DIJANIRA SILVA DE MELO
SEVERINO JOSE DE MELO

NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO: 04/12/1972

DOC. ORDEM: CERT. NASC. 58231 L 48A F 235V

EXP. CAMPINA GRANDE-PB 04/12/25

CPF: 601.900.941-68

1093820

Lei Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTO DE ENVIOS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Figueiredo, 405 Loja C
Cidade de São Paulo - SP 04002-470
Fone: (11) 5082-1111

