



Communitas als ein Substrat



Elektrobras
Distribuição Plavil

Find out how to
 eliminate your
 own NOISE

SEU-CODIGO

0140916-6

COMPANHIA SANEADUCA DO PIAUÍ -
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.940.483/0001-69 | Ins. Estadual: 15.381.660-5
Nº de Fiscal / Conta de Energia: 0140.00 - 0000.8.1
Registre-se no portal de atendimento ao consumidor: portal.cedh2010.org.br

Wanda Hertz Digital 001198394

A Taxa de Sotelo de Engraxamento é = 1,55% por ano -
total = 8,30, 47% de 25 de abril de 2002.

Regime especial de impositivitate financiară aplicabilă: **REGIMUL DE IMPOZITARE A ACTIVITĂȚII DE COMERȚIU**

44 HQ/2017

03/08/2017

135

96-98

FRANCISCO ZACARIAS DA SILVA
R. 1017 - RUA L. E. OLIVEIRA Nº 07 C. 01 - SÃO VIGENTE-DE-PAULA

CPF: 000000000200000

ROT: 162.002, 18.62, 622000

CEP: 64.217-245 - PARNATBA

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	8713	Atual:	27/07/2017
Anterior:	8577	Anterior:	28/06/2017
Consumo da Multitempção:	1,000	Proxima Leitura:	28/08/2017
Consumo Medido:	136	Exatidão:	27/07/2017
Consumo Estimado:	136	Apresentação:	27/07/2017

Categoria	Subcategoria	Tipologia	Número Medição	Posto	Código Fret.	Medida 12 meses
RESIDENCIAL	MONO		A1477948		1.1.1.1	136

DATA	DESCRIÇÃO	CONTINUAÇÃO
JUN/17	CONSUMO	136 A R\$ 0,603482 = 82,07
JUL/17	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	11,15
ABR/17	MULTA POR ATRASO 04/17-00	1,98
MAI/17	JUROS DE MORA DE IMPO 04/17-00	1,78
FEV/17	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	2,52
JAN/17		
DEZ/16		
NOV/16		
OUT/16		
SET/16		

TARLEA SEN TRIBUTOG:
24 136 - 0,495698

1

1. PERSONES IMPORTANTES A LA VIDA DE VENCIMIENTO

Mes/Ano Valor R\$
06/2017 95,55

Unidade consumidora solicita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 11/03/2011, em função das condições climáticas atuais. O uso responsável e consciente da energia elétrica e inclusão no ror do consumidor responsável. Informamos ainda existentes contatos telefônicos para atendimento ao consumidor no valor de R\$ 115,00 (valor histórico). Caso tenha dúvidas, a assinatura deve ser considerada válida para o uso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA ORÇAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISC 4008, FADD.95F5.10FF.30E2.8A99.B82F.F4FC

COMPOSIÇÃO DA COTA - R\$ - 12,50		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$ - 12,50	
Distribuição:	22,50	Base da Cálculo:	82,07
Energia:	27,59	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	3,32	Valor do ICMS:	16,41
Serviços:	8,58	Valor do PIS:	0,65
Tributos:	20,08	Valor do COFINS:	3,02

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 FEB 2000

GENTE SEGUADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 466 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 (Assinatura do Representante Legal);

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 (Assinatura da Vítima) e também por seu Representante Legal no campo 2 (Assinatura do Representante Legal).

Casos com vítima interditada com curador Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 (Assinatura do Representante Legal).

Nome Completo da Vítima

ORLAN RODRIGUES MACHADO

CPF da Vítima

794,850,063-49

Data do Acidente

19/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

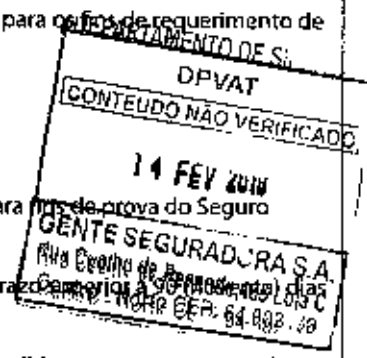
☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior ao estabelecido no respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



PARNABA-PI

22 de JANUÁRIO de 2018
Local e Data

x Orlan Rodrigues Machado
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

1. DATA: 17/07/14 2. ENDEREÇO: Rua da Bandeira dos Ventos 3. CIDADE: São Paulo 4. ESTADO: SP 5. IDADE: 39 6. BAIRRO: Pindamonhanga

7. NOME: Valéria Maria Rodrigues Machado

8. SEXO: F 9. TIPO DE SANGUE: B 10. TIPO DE SANGUE: Rh+

11. ESCALA DE GLASGOW

VARIÁVELS	ESCORE
Abertura Ocular	4
Resposta Verbal	2
Resposta Motora	2
TOTAL: (= 8 INTUBAÇÃO)	

12. HISTÓRIA DE DOENÇAS

13. HISTÓRIA DE MEDICAMENTOS

14. MEDICAMENTOS E SOLUÇÕES ADMINISTRADOS

15. OBITO

16. OBSERVAÇÕES

17. CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

18. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

19. EQUIPE

20. ASSINATURA DO ACOMPANHANTE

21. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA RECEITA DO HOSPITAL

1. Alergia

2. Medicamentos em Uso

3. Doença

4. Última Refeição

5. Ambiente

6. História de Doenças

7. História de Medicamentos

8. História de Soluções Administradas

9. História de Obito

10. História de Observações

11. História de Condições de Entrada no Hospital

12. História de Classificação de Risco

13. História de Equipe

14. História de Assinatura do Acompanhante

15. História de Assinatura do Responsável pela Receita do Hospital

Atenção: Este formulário deve ser preenchido pelo paciente ou responsável pelo paciente, antes de ser admitido no hospital, para fins de registro e controle de qualidade dos serviços de urgência.

Responsável pelo Paciente: _____



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 101302.007191/2017

Unidade de Registro: 1º DP DE PARNAÍBA

Resp. pelo Registro: Fernando Oliveira Aragão

Data/Hora: 23/12/2017 - 19:09

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

2º DP DE PARNAÍBA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

PARNAÍBA

Endereço

RUA TIMBIRA COM RUA AFONSO PENA, Nº:

Complemento

Bairro

PINDORAMA

Ponto de Referência

Data/Hora

19/09/2017 - 18:10

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ORLAN RODRIGUES MACHADO

RG: 1766948 SSP/PI

Mãe: ANA RODRIGUES MACHADO

Pai: OTAVIO NERI MACHADO

Endereço: CONJ. JOAZ SOUSA I RUA 06 QD 07 CASA 01, Nº 01

Bairro: SAO VICENTE DE PAULA

Cidade: PARNAÍBA

Telefone(s): 86-9502-7266

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

PARA COMUNICAR QUE NA DATA, HORA E LOCAL, CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 TITAN EX, COR VERMELHA, ANO 2015/2015, PLACA PIH 3292 PARNAÍBA - PI, RENAVAM 1044713515, CHASSI 9C2KC1660FR506559, EM NOME DE SEU IRMÃO OTAVIO NERI MACHADO FILHO, C.P.F 451.365.213-68, UM VEICULO DESCONHECIDO, COLIDIU NA MOTO ONDE VEIO AO SOLO, SOFRENDO LESÃO ESPORTA NA TIBIA ESQUERDA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HEDA, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO.

Fernando Oliveira Aragão - Mat. 1946072
AGENTE DE POLÍCIA

Fernando Oliveira Aragão
Agente de Polícia
Mat. 194.607-2

ORLAN RODRIGUES MACHADO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o 0800 0011206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)



0 221206

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

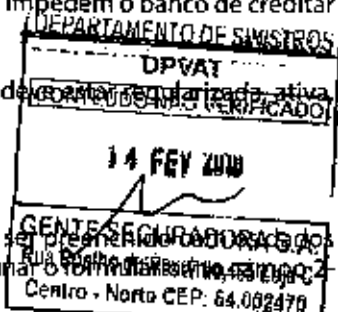
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido pelo representante legal do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (campo 2 Assinatura do Representante Legal).

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



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

794,850,063-49

Nome completo da vítima

ORLAN RODRIGUES MACHADO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ORLAN RODRIGUES MACHADO		CPF titular da conta 794,850,063-49	Profissão AUTONOMO
Endereço CJ JOAZ SOUSA I 01 R 06 Q 07 C 01		Número	Complemento
Bairro SÃO VICENTE DE PAULA	Cidade PARNAIBA	Estado PI	CEP 64217-245
Email		Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **0030** D/V **085.026** D/V **3**
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO _____
 AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

PARNAIBA-PI 22 de JANEIRO de **2018**

Local e Data

Orlan Rodrigues Machado
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2018

Carta nº: 12784204

A/C: ORLAN RODRIGUES MACHADO

Nº Sinistro: 3180094202
Vítima: ORLAN RODRIGUES MACHADO
Data do Acidente: 19/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ORLAN RODRIGUES MACHADO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000030**

Conta: **00000085026-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ORLAN RODRIGUES MACHADO**

Sinistro: **3180094202**
Vítima: **ORLAN RODRIGUES MACHADO**
Data do Acidente: **19/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180094202** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Rio de Janeiro, 01 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ORLAN RODRIGUES MACHADO**

Nº Sinistro: **3180094202**

Vitima: **ORLAN RODRIGUES MACHADO**

Data do Acidente: **19/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180094202**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12448625



Rio de Janeiro, 01 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ORLAN RODRIGUES MACHADO**
Nº Sinistro: **3180094202**
Vitima: **ORLAN RODRIGUES MACHADO**
Data do Acidente: **19/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180094202**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



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: 04/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ORLAN RODRIGUES MACHADO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00030

CONTA: 000000085026-3

Nr. da Autenticação A675A46D87607188

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180094202 **Cidade:** Parnaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ORLAN RODRIGUES MACHADO **Data do acidente:** 19/09/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PERNA ESQUERDA
TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO.

Descrição do exame médico pericial: FLEXIONA O JOELHO EM APENAS 90 GRAUS, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR NA PERNA ESQUERDA, CICATRIZ CIRÚRGICA NA PORÇÃO PROXIMAL DA PERNA ESQUERDA, CLAUDICAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO PASSANDO 11 DIAS INTERNADO, REALIZOU FISIOTERAPIA APÓS A CIRURGIA DURANTE 20 DIAS.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do membro inferior devido a repercussão funcional do membro (limitação da flexão do joelho - 90 graus, redução da força muscular da perna esquerda, claudicação).
Procedida avaliação médica na cidade de Parnaíba.

Médico examinador: Francisco de Assis Costa Araujo

CRM do médico: 2498

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

Local de Atendimento



Ocorrência
Registro: 31735
Hora: 18:45:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha: 3

ORLAN RODRIGUES MACHADO

CPF: RG: 1766948 SUS: 703402120387000
Cidade: PARNATIBA/PI
Tel: (86) 9945-64887
Temp: °C Peso: Kg P.A:

Procedimentos

Atendimento de Urgência em Atenção Especializada
Quêbra principal: ACIDENTE DE MOTO

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

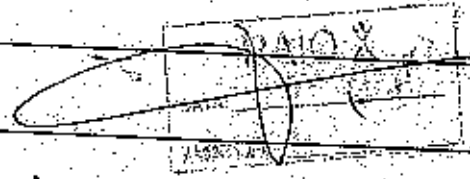
Fratura de fêmur no terço médio

Medicação:

1) 10 Tramadol 50mg po q8h

Dr. Wilson Cabral
Médico
CRM/PI 1305

Procedimentos/exames realizados:



Ass. Técnico

Fratura de fêmur E - 6.5

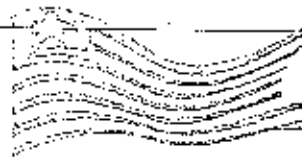
Ex. físico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
(CONTEÚDO NÃO VERIFICADO)
14 FEV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Figueiredo, 466 Loja 1
Centro - Niterói RJ 24090-000

Dr. Wilson Cabral
Médico
CRM/PI 1305

Responsável: ORLAN RODRIGUES MACHADO

527 - BRISA FIDELES GANDARA



GOVERNO DO CE

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DORCEL ARCA ERIE

NOTA DE SALA DE CIRURGIA

NOME: Dr. Dr. Raimundo S. D. Silva
 INICIO: _____ HORA: _____ TÉRMINO: _____ HORA: _____
 CIRURGIA: Prostectomia de próstata CIRURGIÃO: Dr. Raimundo S. D. Silva
 1º AUXILIAR: Reinaldo ANESTESISTA: Dr. Raimundo S. D. Silva

MEDICAMENTOS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
Adrenalina	amp		Neocaina pesada	amp	
Água esteril 10mL	amp	02	Neocaina s/ vaso	amp	
Atropina	amp	02	Oclopina	amp	
Clorpromazina	amp		Pancurônio	amp	
Dexametazona 4mg/2ml	amp	01	Pelidina 50mg/2mL	amp	
Diazepam 10mg	amp		Plasil 10mg	amp	
Dimorf	amp	01	Propofol 1%, 20mL	amp	
Dopamina	amp		Prostigmine	amp	
Dormonid 15mg/5mL	amp	02	Soro Fisiológico 0,9%, 500mL	fr	02 + 01
Efortil 10mg/1mL	amp	01	Soro Glicosado 5%, 500mL	fr	
Enflurano	mL		Soro Ringer c/ lactato	fr	01 + 01
Fenergan 50mg	amp		Sulfato de Magnésio 50%	amp	
Fentanyl	fr	01	Suxametônio 100mg	fr	
Halotano	mL		Ticrembutal	fr	
Haloperidol	amp		Transamin	amp	
Ketalar	fr		Xilocaína 2% s/ vaso	fr	
Metemgim	amp		Xilocaína 2% c/ vaso	fr	
Naloxona	amp		Xilocaína 5% (pesada)	fr	
Noocaina c/ vaso	amp		<u>Rimadone</u>	amp	01

MATERIAIS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
Abocath nº 20	un	01	Agulha c/ agulha nº	env	
Agulha Bexcar / 0,9 x 21 / 18-23	uma		Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha p/ raque nº 22	uma	02	Algodão s/ agulha nº	env	
Algodão ortopédico	metro		Algodão s/ agulha nº	env	
Atadura de crepom tam. M	rolo	04	Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Atadura gessada tam. M	rolo		Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Dreno de lórex	un		Cat Gut Crom. c/ agulha nº	env	
Dreno pedrose	un		Cat Gut Crom. c/ agulha nº	env	
Equipo p/ macrogotas	un	01	Mononylon nº	env	01 + 01
Equipo p/ transfusão sanguínea	un		Mononylon nº	env	
Lâmina p/ bisturi nº 21	un	02	Prolene nº	env	
Luva estéil nº 10	par	01 + 01 + 01	Prolene nº	env	
Luva p/ crepom nº 10	par	10	Vieryl nº	env	
Scala nº	un		Vieryl nº	env	
Sonda de Foley nº 18	un		Sonda de Foley nº 18	un	
Sonda de Foley nº 20	un		Sonda de Foley nº 20	un	
Sonda de Foley nº 22	un		Sonda de Foley nº 22	un	
Sonda de Foley nº 24	un		Sonda de Foley nº 24	un	
Sonda de Foley nº 26	un		Sonda de Foley nº 26	un	
Sonda de Foley nº 28	un		Sonda de Foley nº 28	un	
Sonda de Foley nº 30	un		Sonda de Foley nº 30	un	
Sonda de Foley nº 32	un		Sonda de Foley nº 32	un	
Sonda de Foley nº 34	un		Sonda de Foley nº 34	un	
Sonda de Foley nº 36	un		Sonda de Foley nº 36	un	
Sonda de Foley nº 38	un		Sonda de Foley nº 38	un	
Sonda de Foley nº 40	un		Sonda de Foley nº 40	un	
Sonda de Foley nº 42	un		Sonda de Foley nº 42	un	
Sonda de Foley nº 44	un		Sonda de Foley nº 44	un	
Sonda de Foley nº 46	un		Sonda de Foley nº 46	un	
Sonda de Foley nº 48	un		Sonda de Foley nº 48	un	
Sonda de Foley nº 50	un		Sonda de Foley nº 50	un	
Sonda de Foley nº 52	un		Sonda de Foley nº 52	un	
Sonda de Foley nº 54	un		Sonda de Foley nº 54	un	
Sonda de Foley nº 56	un		Sonda de Foley nº 56	un	
Sonda de Foley nº 58	un		Sonda de Foley nº 58	un	
Sonda de Foley nº 60	un		Sonda de Foley nº 60	un	
Sonda de Foley nº 62	un		Sonda de Foley nº 62	un	
Sonda de Foley nº 64	un		Sonda de Foley nº 64	un	
Sonda de Foley nº 66	un		Sonda de Foley nº 66	un	
Sonda de Foley nº 68	un		Sonda de Foley nº 68	un	
Sonda de Foley nº 70	un		Sonda de Foley nº 70	un	
Sonda de Foley nº 72	un		Sonda de Foley nº 72	un	
Sonda de Foley nº 74	un		Sonda de Foley nº 74	un	
Sonda de Foley nº 76	un		Sonda de Foley nº 76	un	
Sonda de Foley nº 78	un		Sonda de Foley nº 78	un	
Sonda de Foley nº 80	un		Sonda de Foley nº 80	un	
Sonda de Foley nº 82	un		Sonda de Foley nº 82	un	
Sonda de Foley nº 84	un		Sonda de Foley nº 84	un	
Sonda de Foley nº 86	un		Sonda de Foley nº 86	un	
Sonda de Foley nº 88	un		Sonda de Foley nº 88	un	
Sonda de Foley nº 90	un		Sonda de Foley nº 90	un	
Sonda de Foley nº 92	un		Sonda de Foley nº 92	un	
Sonda de Foley nº 94	un		Sonda de Foley nº 94	un	
Sonda de Foley nº 96	un		Sonda de Foley nº 96	un	
Sonda de Foley nº 98	un		Sonda de Foley nº 98	un	
Sonda de Foley nº 100	un		Sonda de Foley nº 100	un	

DEPARTAMENTO DE STARY
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 14-FEV-2018

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Guelho de Resende 468 Loja C
 Centro - N.º 01 - 61.000-000

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL ESADUAL DE CEFALOCORVETTES

NOTA DE SALA DE CIRURGLIA

NOME: Mr. Robert M. Jones

INICIO: _____ HORA. TÉRMINO: _____ HORA DURAÇÃO: _____ HORAS

CIRURGIAS: Ampliação do abdômen CIRURGIÃO: Dr. J. A. S.

1º AUXILIAR: Walter ANESTESISTA: Dr. José

MEDICAMENTOS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
Adrenalina	amp		Neocaina pesada	amp	02
Agua esteril 10mL	amp	02	Neocaina s/ vaso	amp	
Atropina	amp	02	Ocitocina	amp	
Clorpromazina	amp		Pancurônio	amp	
Dexametazona 4mg/2mL	amp	02	Petidina 50mg/2mL	amp	
Diazepam 10mg	amp		Plasil 10mg	amp	
Dimorfi	amp	02	Propofol 1%, 20mL	amp	
Dopamina	amp		Prostigmine	amp	
Dormonid 15mg/3mL	amp	02	Soro Fisiológico 0.9%, 500mL	fr	02 + 02
Efortil 10mg/1mL	amp	01	Soro Glicosado 5%, 500mL	fr	
Enflurano	mL		Soro Ringer c/ lactato	fr	02 + 02
Fenergam 50mg	amp		Sulfato de Magnésio 50%	amp	
Fentanyl	fr	02	Suxametônio 100mg	fr	
Halotano	mL		Tionembutal	fr	
Haloperidol	amp		Transamin	amp	
Ketalar	fr		Xilocaina 2% s/ vaso	fr	
Methergin	amp		Xilocaina 2% c/ vaso	fr	
Naloxona	amp		Xilocaina 5% (pesada)	fr	
Neocaina c/ vaso	amp		<i>Adapted ne</i>	amp	02

MATERIAIS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
Abocadn n° 30	um	01	Algodão c/ agulha n°	env	
Agulha descart. 40-12/25-42	uma		Algodão c/ agulha n°	env	
Agulha p/ raque n° 22	uma	02	Algodão s/ agulha n°	env	
Algodão ortopédico	metro		Algodão s/ agulha n°	env	
Atadura de crepom tam.: M	rolo	03	Cal gut simples c/ agulha n°	env	
Atadura gessada tam.:	rolo		Cal gut simples c/ agulha n°	env	
Dreno de lórax	um		Cal Gut Crom. c/ agulha n°	env	
Dreno penrose	um		Cal Gut Crom. c/ agulha n°	env	
Equipe p/ macrogotas	um	01	Mononylon n°	env	
Equipe p/ transfusão sanguínea	um		Mononylon n°	env	
Lâmina p/ bisturi n° 24	uma	02	Prolene n°	env	
Luva estéil n° 30, 32, 34, 36, 38, 40	par	01	Prolene n°	env	
Luva p. proced. n° 30	par	10	Vicryl n°	env	
Scala n°	um		Vicryl n°	env	
Sonda n° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100	uma				
Sonda n° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100	uma				
Sonda nasogástrica n°	uma				
Sonda vesical simples n°	uma				
Colador de urina	um				
Diapirético pa	um				

GENIE-SEGURADORA S.A.
Rua Casimiro de Menezes, 155 - Jd. C.
Centro - Niterói - RJ - CEP. 24.002-900

LAUDO CIRURGICO

DIAGNOSTIC: The patient is a 45-year-old male with a history of chronic alcoholism and a recent diagnosis of liver cirrhosis. He presents with symptoms of upper gastrointestinal bleeding, including hematemesis and melena, which have been ongoing for the past 24 hours. The patient reports feeling lightheaded and fatigued, and he has lost approximately 10 pounds in the last 6 months. He has no known allergies and is currently taking no medications. His medical history is significant for chronic alcoholism, liver cirrhosis, and a recent diagnosis of liver cancer. He has no known family history of liver disease. The patient is currently in the hospital, and his condition is being monitored closely. The physical examination reveals a patient who is alert and oriented, with a heart rate of 110 beats per minute, a blood pressure of 100/60 mmHg, and a respiratory rate of 18 breaths per minute. The abdomen is tender to palpation, and there is a palpable mass in the right upper quadrant. The patient's laboratory results show a hemoglobin level of 8 g/dL, a hematocrit of 24%, and a platelet count of 150,000/mm³. The liver function tests are abnormal, with a total bilirubin level of 2.5 mg/dL, an aspartate aminotransferase (AST) level of 150 U/L, and an alanine aminotransferase (ALT) level of 120 U/L. The patient's coagulation studies are also abnormal, with a prothrombin time (PT) of 18 seconds and an international normalized ratio (INR) of 1.8. The patient's chest X-ray is normal, and his abdominal ultrasound shows a large, heterogeneous mass in the right upper quadrant, consistent with a liver tumor. The patient's condition is being managed with supportive care, including intravenous fluids, blood transfusions, and monitoring of vital signs. The patient's prognosis is guarded, and he will require ongoing medical and surgical management.

PRE-MEDICATION

INTERFLEXÃO	TEMPO	DURAÇÃO
-------------	-------	---------

DESCRICAO DO ATO OPERATORIO
(TECNICA, LIGADURA, DRENAGEM, FECHAMENTO)

- ① Tinta cerulea (blue ink)
- ② Tinta de China (black ink)
- ③ Tinta de Índia (red ink)
- ④ Tinta de Índia (red ink)
- ⑤ Tinta de Índia (red ink)
- ⑥ Tinta de Índia (red ink)
- ⑦ Tinta de Índia (red ink)
- ⑧ Tinta de Índia (red ink)
- ⑨ Tinta de Índia (red ink)
- ⑩ Tinta de Índia (red ink)
- ⑪ Tinta de Índia (red ink)
- ⑫ Tinta de Índia (red ink)
- ⑬ Tinta de Índia (red ink)
- ⑭ Tinta de Índia (red ink)
- ⑮ Tinta de Índia (red ink)
- ⑯ Tinta de Índia (red ink)
- ⑰ Tinta de Índia (red ink)
- ⑱ Tinta de Índia (red ink)
- ⑲ Tinta de Índia (red ink)
- ⑳ Tinta de Índia (red ink)
- ㉑ Tinta de Índia (red ink)
- ㉒ Tinta de Índia (red ink)
- ㉓ Tinta de Índia (red ink)
- ㉔ Tinta de Índia (red ink)
- ㉕ Tinta de Índia (red ink)
- ㉖ Tinta de Índia (red ink)
- ㉗ Tinta de Índia (red ink)
- ㉘ Tinta de Índia (red ink)
- ㉙ Tinta de Índia (red ink)
- ㉚ Tinta de Índia (red ink)
- ㉛ Tinta de Índia (red ink)
- ㉜ Tinta de Índia (red ink)
- ㉝ Tinta de Índia (red ink)
- ㉞ Tinta de Índia (red ink)
- ㉟ Tinta de Índia (red ink)
- ㊱ Tinta de Índia (red ink)
- ㊲ Tinta de Índia (red ink)
- ㊳ Tinta de Índia (red ink)
- ㊴ Tinta de Índia (red ink)
- ㊵ Tinta de Índia (red ink)
- ㊶ Tinta de Índia (red ink)
- ㊷ Tinta de Índia (red ink)
- ㊸ Tinta de Índia (red ink)
- ㊹ Tinta de Índia (red ink)
- ㊺ Tinta de Índia (red ink)
- ㊻ Tinta de Índia (red ink)
- ㊼ Tinta de Índia (red ink)
- ㊽ Tinta de Índia (red ink)
- ㊾ Tinta de Índia (red ink)
- ㊿ Tinta de Índia (red ink)

ANESTESISTA INICIO	TERMINO	DURACAO
TIPO DE ANESTESIA	AGENTE	VOLUME

[Handwritten signature]

VOLUME

MEDICACAO NA S/O

[Circular stamp: "COPIA / FOLHA DE TESTE"]

[illegible]

PARLAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO
14 FEV 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 400 Loja C
Ceará - Norte CEP: 64.02470



Paciente	Orlan Rodrigues Machado	Idade	39 (A)
Medico	Dr. Bernardo O. Sousa filho	Origem do paciente	Clinica
Convênio	HOSPITAL DIRCEU	Entrega	Impresso
		Date	22/09/17 14:14
		Date	22/09/17 17:05

RESULTADO

HEMOGRAMA

Eritrograma

Valores de Referência

Hemácias	3,50 milhões/mm ³	4,5 - 6,5
Hemoglobina	11,20 g/dL	13,5 - 18,0
Hematócrito	33,20 %	40,0 - 54,0
VCM	94,85 fL	81,0 - 96,0
HCM	32,00 pg	27,0 - 32,0
CHCM	33,73 g/dL	32,0 - 36,0
RDW	12,1 %	11,5 - 15,0

Observação: Moderada Anisocromia.

Leucograma

Leucócitos	15.470 /mm ³	5.000 - 10.000
Bastonetes	4 %	50 - 400
Segmentados	80 %	2.000 - 6.500
Neutrófilos	84 %	1.600 - 8.000
Linfócitos	9 %	1.000 - 4.500
Monócitos	7 %	150 - 1.000

Observação: Moderados Neutrófilos com Granulações Tóxicas

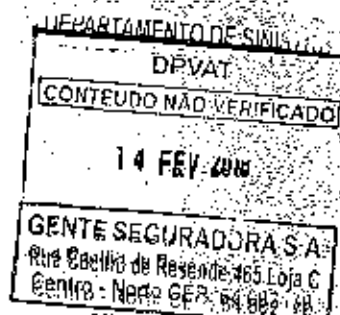
Plaquetas

Plaquetas	217.000 /mm ³	150.000 - 450.000
VPM	9,9 /mm ³	6,5 - 12,0
Plaquetócrito	0,21 /mm ³	0,15 - 0,50
PDW	16,3 /mm ³	11,00 - 18,00

Observação: Plaquetas Morfologicamente Normais e Agregadas

Comentário: Análise Hematológica Automatizada (MINDRAY BC-5380) realizada por Citometria de Fluxo a Laser, seguindo-se de revisão dos esfregaços corados

Luce Maura
Dra. Luce Maura I. Silva
CRF - PI 461



MEDIDAS PREVENTIVAS	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
Não deixar o ambiente totalmente escuro	19/02	19/02	19/02	19/02	19/02	19/02	19/02
Pacientes que necessitam utilização de calçados antiderrapantes							
Orientar para que o paciente não se levante subitamente da cama pelo risco de hipotensão postural e tontura							
Identificar o paciente com Alto Risco com sinalização à beira do leito.							
Orientar que exercícios de marcha e equilíbrio devem ser realizados apenas com o acompanhamento do fisioterapeuta							
Manter a grades da cama elevadas durante todo o período.							
Orientar sobre as necessidades de auxílio para as refeições.							
Orientar necessidade de acompanhante.	✓						
Manter ao alcance do paciente seus pertences e objetos mais utilizados.	X						
Orientar sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente permanecerá sem acompanhante							
Orientar sobre a necessidade de auxílio para as refeições							
Orientar sobre a leitura do folder para Prevenção de Quedas e do esclarecimento de qualquer dúvida com o enfermeiro.	✓						

DECLARAÇÃO

Declaro que recebi o folder Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar na primeira avaliação e que estou ciente da importância de queda avaliada, bem como entendi perfeitamente as orientações que me foram fornecidas.

Observação: O paciente e acompanhante devem

DATA AVALIAÇÃO PACIENTE ACOMPANHANTE (Assinatura) ENFERMEIRO (Assinatura)

19/02/17	1ª	X	
	2ª		
	3ª		
	4ª		
	5ª		
	6ª		
	7ª		

O instrumento é uma versão adaptada da avaliação do risco de queda The Johns Hopkins Health System Corporation.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
14. FEV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Almeida, nº 103 C
Centro - Norte CEP: 64.002-470





0001C0099543

LABORATÓRIO
 DIAGNÓSTICO E REFERÊNCIA
 Rua ...

Resposta Técnica: Lúcia Maura I. Silva CRF-PI 461

Paciente Orlan Rodrigues Machado	Idade 35 (A)
Médico Dr. Bernardo O. Sousa filho	Origem do paciente Clínica
Convênio HOSPITAL DIRCEU	Entrega Impresso
	Data 22/09/17 14:14
	Data 22/09/17 17:05

RESULTADO

HEMOGRAMA

Eritrograma

Valores de Referência

Hemácias	3,50 milhões/mm ³	4,5 - 6,5
Hemoglobina	11,20 g/dL	13,5 - 18,0
Hematócrito	33,20 %	40,0 - 54,0
VCM	94,85 fL	81,0 - 96,0
HCM	32,00 pg	27,0 - 32,0
CHCM	33,73 g/dL	32,0 - 36,0
RDW	12,1 %	11,5 - 15,0

Observação: Moderada Anisocromia.

Leucograma

Leucócitos	15.470 /mm ³	5.000 - 10.000
Bastonetes	4 % 619 /mm ³	50 - 400
Segmentados	80 % 12.376 /mm ³	2.000 - 6.500
Neutrófilos	84 % 12.995 /mm ³	1.500 - 8.000
Linfócitos	9 % 1.392 /mm ³	1.000 - 4.500
Monócitos	7 % 1.083 /mm ³	150 - 1.000

Observação: Moderados Neutrófilos com Granulações Tóxicas.

Plaquetas

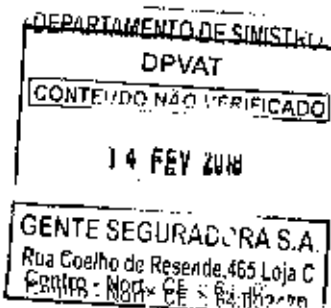
Plaquetas	217.000 /mm ³	150.000 - 450.000
VPM	9,9 fmm ³	6,5 - 12,0
Plaquetócrito	0,21 /mm ³	0,15 - 0,50
PDW	16,3 /mm ³	11,00 - 18,00

Observação: Plaquetas Morfologicamente Normais e Agregadas.

Comentário: Análise Hematológica Automatizada (MINDRAY BC-S380) realizada por Citometria de Fluxo a Laser, seguindo-se de revisão dos esfregaços corados.

Lúcia Maura

Dra. Lúcia Maura I. Silva
 CRF - PI 461





EMPRESA GENTE SEGURADORA S.A.
CNPJ: 07.093.888/0001-00
RUA GERALDO DE ROCHA, 455 LOJA C
CENTRO - NITERÓI - RJ

ANEXO A7/COMPROVAÇÃO

Forma: 100% de
COLLAPSO: 100%

1. OBJETIVO

1.1. OBJETIVO GERAL

Objetivo

1.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

1.3. OBJETIVO ESPECÍFICO
1.3.1. OBJETIVO ESPECÍFICO
1.3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

Objetivo
1.3.1. OBJETIVO ESPECÍFICO
1.3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

1.4. OBJETIVO ESPECÍFICO

1.5. OBJETIVO

1.6. OBJETIVO

1.7. OBJETIVO

1.8. OBJETIVO	3,64 milhões/m²	4,5 a 5,9 milhões/m²
1.9. OBJETIVO	12,8 g/m²	12,0 a 17,0 g/m²
2. OBJETIVO	34,3 %	40 a 52 %
3. OBJETIVO	94,23 %	80 a 100 %
4. OBJETIVO	32,42 %	25 a 34 %
5. OBJETIVO	54,40 %	31 a 36 %

6. OBJETIVO

7. OBJETIVO

8. OBJETIVO

9. OBJETIVO

10. OBJETIVO

11. OBJETIVO

12. OBJETIVO

13. OBJETIVO

14. OBJETIVO

15. OBJETIVO

16. OBJETIVO

17. OBJETIVO

18. OBJETIVO

19. OBJETIVO

20. OBJETIVO

21. OBJETIVO	92,3% m²	4.500 a 11.000 m²
22. OBJETIVO	0 %	0
23. OBJETIVO	0 %	0
24. OBJETIVO	0 %	0 a 1 % 100 a 1000 m²
25. OBJETIVO	0 %	0 a 4 % 100 a 1000 m²
26. OBJETIVO	70 %	35 a 60 % 3000 a 7000 m²
27. OBJETIVO	0 %	0 a 1 % 100 a 1000 m²
28. OBJETIVO	0 %	0 a 4 % 100 a 1000 m²
29. OBJETIVO	13 %	26 a 40 % 200 a 1500 m²
30. OBJETIVO	0 %	0 a 8 % 100 a 1000 m²
31. OBJETIVO	0 %	0
32. OBJETIVO	100,00	100%

33. OBJETIVO 301.000 m²

150.000 a 400.000 m²

34. OBJETIVO 34.3 %

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
14 FEV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Geraldo de Rocha, 455 Loja C
Centro - Niterói CEP: 64.002-70

ay



cc

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
 CIP-0255-01553 Telefone: (86) 3322-7100
 Rua Celso de Oliveira, 465 - Fátima - 64.000-000 - CARIACAS - RN

Atendimento: E943231

Paciente: **ORLAN RODRIGUES AACHAEC**
 Médico(a): **BERNARDO DE OLIVEIRA SOUSA FILHO**
 Convênio: **SUS**

Sexo: **MASCULINO**
 Idade: **45 ANOS**
 Impresso: **27/02/2017**

HEMOGRAMA

Material:

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

HEMOGLOBINA

HEMATÓCRITO

VCM

HCM

CHCM

OBSERVAÇÕES

3,64 milhões/mm³

11,8 g%

34,3 %

94,23 µ³

32,42 pg

34,40 %

4,5 a 5,9 milhões/mm³

12,0 a 17,5 g%

40 a 52 %

80 a 100 µ³

26 a 34 pg

31 a 36 %

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

MIÉLOCITOS

METAMIELOCITOS

GRANULÓCITOS

SEGMENTADOS

BASÓFILOS

EOSINÓFILOS

LNFOCITOS

MONÓCITOS

LNFOCITOS ATÍPICOS

CONTAGEM GERAL

PLAQUETAS

OBSERVAÇÕES

9290/mm³

0 %

3 %

03 %

78 %

0 %

0,1 %

1,3 %

0,5 %

0 %

100,00

301.000/mm³

0

0

274,7

7246,2

0

92,3

1207,7

464,6

0

4.500 a 11.000/mm³

0 a 1 % - Até 100/mm³

0 a 4 % - Até 100/mm³

36 a 66 % - 2000 a 7200/mm³

0 a 1 % - Até 100/mm³

0 a 4 % - 100 a 400/mm³

20 a 40 % - 900 a 1400/mm³

2 a 8 % - 200 a 800/mm³

100 %

100 %

100 %

100 %

OBSERVAÇÃO GERAL: DISCRETA HIPOCROMIA E LITROFILIA RELATIVA. PLAQUETAS MORFOLOGICAMENTE NORMAIS.

CONTROLE DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTROLE NÃO VERIFICADO

14 FEV 2017

GENTE SEGURADORA S/A
 Rua Coelho de Araújo, 465 Loja C
 CEP: 64.000-000 - CARIACAS - RN

(Handwritten signature)

Assento	016012
CPF	19.08.2017
Idade	19.08

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA RODRIGO COIMBRA, 1650
PARNAIBA/PI

Nº	1
SILV	

BOLETIM DE ADMISSÃO

31796 - ORLAN RODRIGUES MACHADO

- Sexo: MASCULINO - 23/05/1978 - 39 ANOS, 4 MESES, 27 DIAS

Unidade: 14704804 Enfermaria: 007- CLINICA CIRURGICA Leito: 0701 Convênio: SUS

Endereço: Médico: 2823 - BERNARDO DE OLIVEIRA SOUSA FILHO

CPF: RG: 1766948 C/N: SIS Prenatal.

Endereço: DR. LOUZ SOUSA 007, Nº 1 - CEP: 64200-010 Bairro: SAC V. DE PAULA

Cidade: 64000-000 - PARNAIBA/PI Profissão: Telefone: () -

Pai: Mãe: ANA RODRIGUES MACHADO

Responsável: ORLAN RODRIGUES MACHADO - () - O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Resultado			
☐	Curado	☐	Removido
☐	Melhorado	☐	Pedidos
☐	Inalterado	☐	Evasão
☐	Riorado	☐	Indisciplina
☐		Transferido	

História Clínica

1. Motivo da consulta
2. História da doença atual
3. História das doenças anteriores
4. História das doenças familiares
5. História das doenças profissionais
6. História das doenças sociais
7. História das doenças pessoais
8. História das doenças psicológicas
9. História das doenças físicas
10. História das doenças mentais
11. História das doenças neurológicas
12. História das doenças oftalmológicas
13. História das doenças otorrinolaringológicas
14. História das doenças dermatológicas
15. História das doenças ginecológicas
16. História das doenças urológicas
17. História das doenças endócrinas
18. História das doenças reumáticas
19. História das doenças infecciosas
20. História das doenças parasitárias
21. História das doenças oncológicas
22. História das doenças cardiovasculares
23. História das doenças respiratórias
24. História das doenças digestivas
25. História das doenças genitourinárias
26. História das doenças sistêmicas
27. História das doenças locais
28. História das doenças funcionais
29. História das doenças orgânicas
30. História das doenças psicológicas
31. História das doenças físicas
32. História das doenças mentais
33. História das doenças neurológicas
34. História das doenças oftalmológicas
35. História das doenças otorrinolaringológicas
36. História das doenças dermatológicas
37. História das doenças ginecológicas
38. História das doenças urológicas
39. História das doenças endócrinas
40. História das doenças reumáticas
41. História das doenças infecciosas
42. História das doenças parasitárias
43. História das doenças oncológicas
44. História das doenças cardiovasculares
45. História das doenças respiratórias
46. História das doenças digestivas
47. História das doenças genitourinárias
48. História das doenças sistêmicas
49. História das doenças locais
50. História das doenças funcionais
51. História das doenças orgânicas
52. História das doenças psicológicas
53. História das doenças físicas
54. História das doenças mentais
55. História das doenças neurológicas
56. História das doenças oftalmológicas
57. História das doenças otorrinolaringológicas
58. História das doenças dermatológicas
59. História das doenças ginecológicas
60. História das doenças urológicas
61. História das doenças endócrinas
62. História das doenças reumáticas
63. História das doenças infecciosas
64. História das doenças parasitárias
65. História das doenças oncológicas
66. História das doenças cardiovasculares
67. História das doenças respiratórias
68. História das doenças digestivas
69. História das doenças genitourinárias
70. História das doenças sistêmicas
71. História das doenças locais
72. História das doenças funcionais
73. História das doenças orgânicas
74. História das doenças psicológicas
75. História das doenças físicas
76. História das doenças mentais
77. História das doenças neurológicas
78. História das doenças oftalmológicas
79. História das doenças otorrinolaringológicas
80. História das doenças dermatológicas
81. História das doenças ginecológicas
82. História das doenças urológicas
83. História das doenças endócrinas
84. História das doenças reumáticas
85. História das doenças infecciosas
86. História das doenças parasitárias
87. História das doenças oncológicas
88. História das doenças cardiovasculares
89. História das doenças respiratórias
90. História das doenças digestivas
91. História das doenças genitourinárias
92. História das doenças sistêmicas
93. História das doenças locais
94. História das doenças funcionais
95. História das doenças orgânicas
96. História das doenças psicológicas
97. História das doenças físicas
98. História das doenças mentais
99. História das doenças neurológicas
100. História das doenças oftalmológicas

Diagnóstico Provável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 FEV 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Cordeiro de Azevedo, 100 - L. 100

CEP: 64000-000 - Parnaíba - PI

BERNARDO DE OLIVEIRA SOUSA FILHO



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ



SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

NOME: Olson Rodrigues de Azevedo REG: ENT: 6 LEITO: 3
D/MR: Paciente O.R. M. 46 a, C⁷ com quadro clínico de pré-eclâmpsia
26/09/17 exposta para T.M.E. com história de convulsões e edema
membranas. SSVV. PA: 120x80 / 110x80 FC: 75/70 FR: 20
16, AP: normal, MV E AIT, AC: normal, 2T. Condicion
alongamento gemelar em NMTI e MME3, melhora
com neuromuscularmente mediana e mediana em
MSE FNP com MTE com diferenças e interações de
quadro e sinais em MTD, sinais respiratórios com
relaxar inspiratórios, inspiração diafragmática e
liberação diafragmática, compressão e decompressão
atendimento e cura por internações Ad. Goulka Gra
cy Diniz Souza

Dr. Manoel Kélio Gomes Nunes

234190-7

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPAT.
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 FEV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Azevedo, 465 Loja C
Centro - Niterói CEP: 64.002-478



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

PARNAÍBA - PIAUÍ



PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO
DE ENFERMAGEM

NOME Orlam Rodrigues Machado

IDADE 39

LEITO 20

14

10/09/17

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

As 14 hrs. Paciente no leito, queixa
de alguma dor no peito, consciente, orientada,
de, fútil, respira em ambiente, au-
tativo, com secreção, PA: 130x80mm
Hg. Tem inf. Soro Soro a 1206
268

○ 2

$\frac{1}{2}$
 $\frac{1}{2}$
 $\frac{1}{2}$
 $\frac{1}{2}$

10

100

Q. Yes, I have. I have 10

CONFIDENTIAL - U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE

—

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

⑫ 11/11/11

⑫ $\frac{1}{2} \ln 2$

12/12/2014 1:53:37 PM

60116

[illegible]

HEDA

ORLAN RODRIGUES MACHADO

Nº DO PRONTUÁRIO:

Fig. 2

96

2

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
14 FEV 2008
GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Celso de Almeida 485 Loja C
Centro - N.º 68-64.007-70

HOSPITAL DOS ESTADOS DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

PARNABA - PIAUÍ



PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

CPF: 000.000.000-00

LEITO: 6/3 DATA: / /

IDADE: / /

PROSCRICÃO	HORARIO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
			curativo realizado com presença de necrose
			requeimada realizada
			curativo compressivo para hemostase, PA=100x80
			temp. T=36,1°C. Widalina
			127775TE.
			paciente com curativo orientado
			paciente com curativo PA=100x80
			T=36,6°C
			Fernando Araújo dos Santos
			COREN-PI 948.950-11

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14-FEV-2010
GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.082-780

[illegible]

03

CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO:

DATA: 21/09/2017

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

01 1A 14 1

94 103000 0 0 000000 00 24H

U.S. AIR FORCE (6H/D2)

CONTAMINANT SUMG+100ML S:

10:10:30A 1 AM 2 PM DE 6/6H

Top Left: NAC(3) JAMP IM 12/12H

HAMPAI COMING IN 8/8H S/N

PAGE 509011 SC 12/17H

100 ALBUQUERQUE 10/10/1964

DATE/TIME: 1 JAN 1975 12/12H

[illegible]

1. *Why?*

HEDA

ORLAN RODRIGUES MACHADO

TRATAMIENTO DE SIMS

DEBAT

CONTÉNGO NÃO VERIFICADO	
-------------------------	--

Q107. A3321 06

DATE RECEIVED

জা.ম.ক. প্রাইমারি স্কুল
১০৬, চৌধুরী রোড, পল্টন, ঢাকা

Gentile - Nome: COE:

20

ARI

70

2	
---	--

N''

1. $\frac{1}{2}$

100

1679

10

6

~~Dr. Victor Carosso
Oncology - Immunology
FACS - 1979~~

IDADE

LEITO 6-3

DATA

22/09/17

HISTÓRICO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
11:30	Queixas constantes orientado, fúria, acutadas desta espécie, Nometas, agitação sem queixas no momento Apresentando fratura exposta na região analoga da limpeza cirúrgica, mas aguarda procedimento ortopédico definitivo Relatório Joma COREN-PE 238478	Em 22-09-17 às 11hs. Consciente, orientado, bem humor, sem queixas de dor, cedendo procedimento cirúrgico no MTE, segue em observação p/ PA-10880000. Remido. A medicação não foi feita das 12hs porque os pro- cedimentos estavam p/ serem feitos.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTENDO NÃO VERIFICADO

14 FEV 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Almeida, 155 - Jd. São

Centro - Nova Ger. - RJ 02447-0

CLINICA ORTOPÉDICA			
PRESCRIÇÃO	DATA 20/09/2017	HORARIO	EVOLUÇÃO MEDICA
DIETA LIVRE SE 0.9% EV 1000ML 14C 5/AMN CEFALOTINA 1G EV 6/6H (DI) GENTAMICINA 80MG + 160ML SP EV 8/8H (DI) DIPIRONA 1 AMP IM DE 6/6H 5/N DICLOFENACO 1AMP IM 12/12H TRAMAL 100MG IM 8/8H 5/N HEPARINA 5000UI SC 12/12H DECADRON 4MG EV 6/6H RANITINA 4AD (2.18) EV 12/12H SSVV + CEGG			FRATURA EXPOSTA GRAU I DOS OSSOS DA PERNA REALIZADO LIMPEZA CIRURGIA - TCE
HEDA ORLAN RODRIGUES MACHADO		N° DO PRONTUARIO: 06	N° FI: 3

NOME Yelson Rodrigues Machado IDADE _____ LEITO 0603 DATA 23/09/17

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
		15:00 Bom estado geral, sem queixas. Trocar o tato ortopédico gessado no MIE contaminado <i>PERITO ACIDENTE</i> <i>EXPERTEIRO</i> <i>11/12/2011</i> <i>11/12/2011</i> DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 14 FEV 2012 CENTRO SEGURADORA S.A. Rua Boerha de Resende, 465 Loja C São Paulo - SP 05414-000	11:35 <i>Principais queixas</i> sem dor. Dor no abd. inferior, sem queixas específicas. Sinais de 3 DPPO de fratura no membro "E" PA: 110 x 80 mmHg. TAX: 37,2 <i>pressão alta</i> <i>cordeiro - 11/12/2011</i> <i>16/12/2011</i> 24.09.17 às 14h cliente relata cefaleia (verificada ao se levantar) sem tór. Quando passou do Nemo PA: 120 x 80 mmHg. <i>11/12/2011</i>

GOV. GERAL DO ESTADO DO PIAUÍ

GOV. GERAL
DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DIR. GEN. MARCO VERDE

PARNAÍBA - PIAUÍ

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO
DE ENFERMAGEM

NOME

Orlan no Inglês Machado

IDADE

LEITO

613

DATA

23/10/91

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ao 5º dia de paciente consciente. Ocu-
lado, ferido, acuta dista. Sinais
de melhora. Prescritos PA - 110/80 mmHg.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 FEB 1992

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Capanga de Resende 465 Loja C

Centro - Natal - RN - 54.088-78

[illegible]

THE DA

ORLAN RODRIGUES MACHADO

DEPARTMENT OF SYNTAX

OPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Print: 433 4 1

AGENTE SEGURADORA S.A.

Rua Celso de Resende, 465 Loja C
Goiânia - Mato Grosso do Sul 70000-000

सं. वि. २०१९-२०

Nº DO PRONTUÁRIO:

Nº FE

03

IDADE _____ LEITO _____ DATA _____

INDICAÇÃO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
			as 6h30s paciente consciente, orientado físico, mental, dilação da pupila 4º DPO para. Tumor exposto. Grau I dos membros da perna. realizado um punção pericardial. TCE com estabilização do tumor. Fernando Araújo dos Santos COREN-DF 640.956-78

DEPARTMENT OF SINGAPORE

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

KILL 453 PM

GENTE SEGUIRÁ: PASA

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE

Centre : North GEH: 69. 4. 1979

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Fernanda Araújo
dos Santos
COREN-DF 44.954 TR

CLÍNICA ORTOPÉDICA					
PRESCRIÇÃO	DATA 23/09/2017	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA		
DITIA LIVRE			5º DPO: FRATURA EXPOSTA GRAU I DOS OSSOS DA PERNA		
DIET. TCE EV 500ML EM 24H			REALIZADO LIMPEZA CIRURGIA + TCE		
CI ALONINA 1G EV 4/1H5 (D4)			PCT EVOLUINDO ESTAVEL		
CINNAMIGINA 80MG - 100ML SF EV 8/8H (D4)			FO COM BOM ASPECTO		
GIPRONA 1 AMPIM DE 6/6H SN			AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO		
DICLOFENACO 1AMP IM 12/12H SN			DEFINITIVO		
TIAMAL 100MG IM 8/8H S/N			PARECER DO NEURO		
HI PARINA 500UBI SC 12/12H					
DECADION 1MG EV 6/6H					
LAPILINA 1LA AD EV 12/12H					
EXTRATIVO DIALÍSE					
BAVIA CCGG					
HEDA	ORLAN RODRIGUES MACHADO		Nº DO PRONTUÁRIO:		
			06		
			Nº FI		
			03		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DEPT.

CONTENÇÃO NÃO VERIFICADA

MINI-REVIEW

CENTRE SECURAPOL BAS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

For more information, contact:

FILED: 2025 SEP 19 10:29 AM

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Nº DO PRONTUÁRIO:

06

N° FI

03

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL SOCIAL DR. CARLOS ALBERTO DE ARAÚJO

PARAIBA - PIAUÍ



HOSPITAL SOCIAL DR. CARLOS ALBERTO DE ARAÚJO

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDADE

LEITO

6/3

DATA

/ /

RELATÓRIO

HORÁRIO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE SIN-
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 FEV 2008
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
Centro - Niterói RJ 24010-70

curativo realizado com
presença de secreção
sanguinolenta, realizado
curativo compressas para
hemostasia, PA=100x80
mmHg, T=36,1°C, Uddisler
12775 TE.

Paciente com xanti orientado
físico com APPD PA=100x80
T=36,6°C

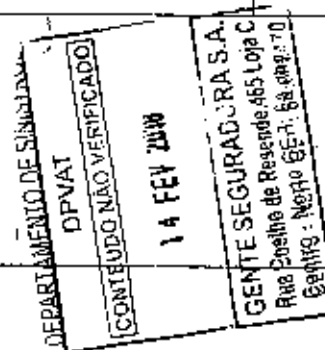
Fernando Araújo
dos Santos
COREN-PI 948.658 TE

CLÍNICA ORTOPÉDICA			
PRESCRIÇÃO:	DATA: 24/09/2017	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE SF 0,9% EV 500ML EM 24H CEFALOTINA 1G EV 4/4HS (DS) GENTAMICINA 80MG/100ML SF EV 8/8H (DS) DÍPIRONA 1 AMP IM DE 6/6H S/N NT DICLOFENACO 1AMP IM 12/12H S/N FRAMAL 100MG IM 8/8H S/N HEPARINA 5000UI SC 12/12H DECAIDRON 8MG EV 6/6H RANITINA 150MG IV 12/12H CURATIVO DIÁRIO SSVV + CCGG			6º DPO: FRATURA EXPOSTA GRAU 1 DOS OSSOS DA PERNA REALIZADO LIMPEZA CIRURGIA + TCE PCT EVOLUINDO ESTÁVEL FO COM BOM ASPECTO AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO DEFINITIVO PARECER DO NEURO...
HEDA	ORLAN RODRIGUES MACHADO	N° DO PRONTUÁRIO: 06	N° FI: 03

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 14 FEV 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Beviláza de Resende, 465 Loja C
 Centro - Niterói - RJ - CEP: 24030-100

CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO:	DATA: 25/09/2017	HORARIO	EVOLUÇÃO MÉDICA	
DILTA LIVRE AL-CL 0,9% EV 500ML EM 24H CEFALOTINA 1G EV 4/4HS (06) GENTAMICINA 80MG+100ML SF EV 2/8H (06) DILPIRONA 1 AMP IM DE 6/6H S/N DICTIOFENACO 1 AMP IM 12/12H S/N FRAMAL 100MG IM 8/8H S/N FILPARINA 3000H SC 12/12H (18) DECAIDRON 4MG EV 6/6H (18) RANITINA 150MG EV 12/12H (18) CURATIVO DIÁRIO SSVV E CUGG			7º DPO: FRAITURA EXPOSTA GRAU 1 DOS OSSOS DA PERNA	
			REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA - TCE	
			PCI EVOLUINDO ESTAVEL	
			FO COM BOM ASPECTO	
			AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO	
			DEFINITIVO	
HEDA ORLAN RODRIGUES MACHADO Ortopedista/Traumatologista CRM 17822 - RBO 6599			Nº DO PRONTUÁRIO:	Nº FI
			06	03



NOME Adalberto Rodrigues Machado IDADE 45 LEITO 06/01 DATA 26/09/13

PRESCRIÇÃO	HORARIO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
	15:00	1^o fct, no POI de fratura de plato Tibial @. consci- ente, orientado, fôrico, em pneúco, normo corado. Diurese presente e elevação anti- tético = presente momento CMC 1^o Josefranc Braga da Silva Enfermeiro COREN-PI 415.953	

Josefina M. Braga da Silva
Enfermeiro
COREN-PI 415.953

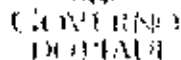
DECLARAMENTO DE SIMILAO
DPVAT
[CONTEUDO NAO VERIFICADO]
14 FEV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
GENTE de Resseguros Ltda C
Rua Espinho de Resseguros Ltda C
Gente - Noto de A. B. 14/02/18

NOME Severina, Nellys Machado IDADE 26 LEITO 06/03 DATA 26/03/1983

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	QUANT.	EVOLUÇÃO MÉDICA
1. Aspirina			1. Aspirina
1. Clorfeniramina 4,0g EV	18h	06	1. Clorfeniramina 4,0g EV
2. Clorfeniramina 4,0g EV	18h	06	2. Clorfeniramina 4,0g EV
3. Clorfeniramina 4,0g EV	18h	06	3. Clorfeniramina 4,0g EV
4. Clorfeniramina 4,0g EV	18h	06	4. Clorfeniramina 4,0g EV
5. Clorfeniramina 4,0g EV	18h	06	5. Clorfeniramina 4,0g EV
6. Clorfeniramina 4,0g EV	18h	06	6. Clorfeniramina 4,0g EV
7. Clorfeniramina 4,0g EV	18h	06	7. Clorfeniramina 4,0g EV
8. Clorfeniramina 4,0g EV	18h	06	8. Clorfeniramina 4,0g EV
9. Clorfeniramina 4,0g EV	18h	06	9. Clorfeniramina 4,0g EV
10. Clorfeniramina 4,0g EV	18h	06	10. Clorfeniramina 4,0g EV

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
14 FEV 2008
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja 5
Bairro: Novo. CEP: 64.000-100

Dr. Bernardo Sousa Filho
Otorrinolaringologista
CRM 2063 TEOT 0508



SECRETARY APPROPRIATE TO THE...

HOSPITAL ESTADUAL DOCEDE ALTO VERDE

ΠΑΡΗΛΑΪΒΑ - ΡΙΔΥΙ



PRESELIÇÃO E LIVRETIÇÃO
DE MÉDICA

NIL ING

470, 471

References

44-1490

!DADF

LEITO

06/03

1991

13

[illegible]

HOSPITAL ESTADUAL DILCEU ARCOVERDE

DESGRITAÇÃO, ESTADAL, DIBRASIL, S. 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 26

PARAISE PLANT
Horticultural
100 per cent

23

1034510

CC-BY-NC-ND 4.0 International license

AND I AM NOT ENFRANCHISING

١٢١

27/09/17

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE SUAV...
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
04: FEV 2016
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende: 465 Loja C
Centro, Norte CEP: 64.062-170

[illegible]

CONFIDENTIAL
25th. 705

mon. 4/11/74 Tax: 36.12
Feb. 1974 - 36.00
Taxes: 36.00

2710917-14h Em repouso
no leito, acordado por
sedimento em MIE às 24h

GOVERNO
DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL ESTADUAL DR. ARCOVERDE

PARNAÍBA - PIAUÍ

NOME

Walter Henrique

ID

OPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

14 FEV 2011

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 165 Loja C
Centro - MORA CEP: 64.002-478

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO
DE ENFERMAGEM

6/3 DATA 24.1.01

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

16:00

Exaduram 2.000 de Vancomicina

38,8 febre alta, tosse

que em MD. Dançante, orientado

hábito. Desabula sem auxílio.

Medicamentosos: dieta líquida

por VO, 30cc a 4 horas

temor. Discreto e comunicação

tem. Exaduram para oprimido.

Preventivo de infecção. Exaduram

Walter Henrique, 64.002-478

Josefina M. Braga da Silva

Enfermeiro

COREN-PI 415.953

Exaduram 2.000 de Vancomicina

38,8 febre alta, tosse

que em MD. Dançante, orientado

hábito. Desabula sem auxílio.

RESERVAÇÃO E EVOLUÇÃO
DE ENFERMAGEM

475

DATA 2/10/77

11/28/2016

HORA: 10:00

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

APPLICATION OF THE ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE FISCOS
DPFAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
14. FEV 2018
AGÊNCIA SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja G
Bairro: Norte CEP: 654-002470

[illegible]

25. July

Johnnie Goff - CORONA #1 674 3674
TACARICO

172620

27/09/17 14h Com repasso
no leite, realizado por
educadora em MIE às 21h
divina & educadoras preren

NOME

Rafaela Gomes

IDADE

6/3

DATA

22 / 09 / 17

PRESCRIÇÃO	HORARIO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
	16:00	Evolveu em 2^o DPA de limpeza física em M.D. Consciente, orientado, colaborativo, higiene pessoal adequada, sem auxílio. Higiênica, aceita dieta oferecida por VO, Soran e repouso absoluto. Diurese e evacuação normais. Evolveu para melhor estado de saúde. Procedimento realizado. PA: 120x80 mmHg. 22/09/17. 9:30 no leito aguardando procedimento com M.D. Higiene pessoal adequada, sem auxílio. Higiênica, aceita dieta oferecida por VO, Soran e repouso absoluto. Diurese e evacuação normais. Evolveu para melhor estado de saúde. Procedimento realizado. PA: 120x80 mmHg. 22/09/17. 15:15	38 ff. Paciente apresentando sinais de desidratação, com febre, tosse, fadiga, náusea, vômito, dor abdominal, diarreia, perda de peso, fraqueza, letargia, irritabilidade, alterações de comportamento, alterações de apetite, alterações de sono, alterações de humor, alterações de memória, alterações de atenção, alterações de raciocínio, alterações de percepção, alterações de consciência, alterações de orientação, alterações de comunicação, alterações de interação social, alterações de adaptação, alterações de crescimento, alterações de desenvolvimento, alterações de maturação, alterações de envelhecimento, alterações de morte.

Enfermeiro
COREN-PI 415.953

GOVERNADOR DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ
HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS DO PIAUÍ
PARNAL - PIAUÍ
14 FEB 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Almeida, 100 - Lj. 6
Bairro: Nazaré - CEP: 64000-000

CLÍNICA ORTOPÉDICA			
PRESCRIÇÃO	DATA: 28/09/2017	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE SF 0,9% EV 500ML EM 24H CEFALOTINA 1G EV 6/6H (D9) GENTAMICINA 80MG + 100ML SF EV 8/8H (D9) DIPIRONA 1 AMP IM DE 6/6H SN = DICLOFENACO 1AMP IM 12/12H SN = TRAMAL 100MG IM 8/8H S/N = HEPARINA 5000UI SC 12/12H SSVV + CCGG	<i>Clínica</i> <i>Clínica</i> <i>Clínica</i> <i>Clínica</i>		2º DPO DE REDUÇÃO CIRÚRGICA + FIXAÇÃO DA FRATURA EXPOSTA GRAU 1 DO PLATO TIBIAL PELVOLUINDO ESTÁVEL FO: OK RX: OK CD: VPM:
HEDA	ORLAN RODRIGUES MACHADO	Nº DO PRONTUÁRIO:	DEPARTAMENTO DE SIMULAD DPVAT CONTÉLDO NÃO VERIFICADO 14 FEV 2018 ENTE SEGURADORA S.A. Rua Celso de Rezende 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.069-76
			Nº FI 03

29/09 1º teste Gm

Hemograma

Pr condole - 005

Alta Hospitalar

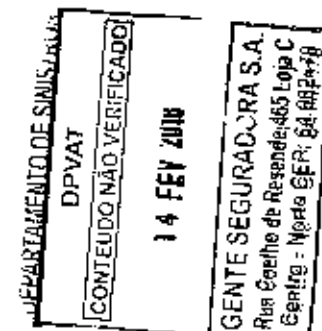
Dr. Fernando Sousa Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM 1023 TEST 839

Juliana

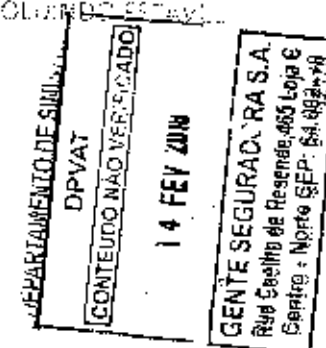
CLÍNICA ORTOPÉDICA			
PRESCRIÇÃO	DATA 27/09/2017	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE SF 0,9% EV 500ML EM 24H CEFALOTINA 1G EV 4/4HS (DB) GENTAMICINA 80MG+100ML SF EV 8/8H (DB) DAPIRONA 1 AMP IM DE 6/6H SN DICLOFENACO 1AMP IM 12/12H SN TRAMAL 100MG IM 8/8H S/N HEPARINA 5000UI SC 12/12H SSVV + CCGG	<i>Almeida</i> Ortopedista Traumatologista CRM 2251 - TEOT 3502	<i>02 06</i> <i>02 06</i> <i>02 06</i> <i>02 06</i> <i>02 06</i> <i>02 06</i> <i>02 06</i> <i>02 06</i> <i>02 06</i> <i>02 06</i>	1 DPO DE REDUÇÃO CIRÚRGICA+FIXAÇÃO DA FRATURA EXPOSTA GRAU 1 DO PLATO TIBIAL PCT EVOLUINDO ESTAVEL FO:OK RX:OK
HEDA	ORLAN RODRIGUES MACHADO	DEPARTAMENTO DE SURTIÇÃO DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 14 FEV 2018 AGENTE SEGURADORA S.A. Rua Orlan de Resende, 465 Loja C Centro - Niterói CEP: 24.090-978	Nº DO PRONTUÁRIO: 06 Nº FI: 03

CLÍNICA ORTOPÉDICA

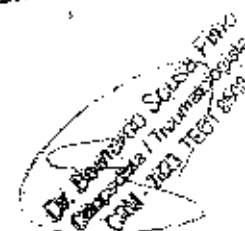
PRESCRIÇÃO:	DATA: 27/09/2017	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA		
DIETA LIVRE SF 0,9% EV 500ML EM 24H CEFALOTINA 1G EV 4/4HS (DR) CLINDAMICINA 80MG+100ML SF EV 8/8H (DR) DÍPIRONA 1 AMP IM DE 6/6H SN DICLOFENACO 1AMP IM 12/12H SN TRAMAL 100MG IM 8/8H S/N HEPARINA 5000UI SC 12/12H SSVV + CCGG			1 DPO DE REDUÇÃO CIRÚRGICA+FIXAÇÃO DA FRATURA EXPOSTA GRAU 1 DO PLATO TIBIAL PCL + JOELHO JINDO ESTÁVEL PD:OK RX:OK		
HEDA		ORLAN RODRIGUES MACHADO		Nº DO PRONTUÁRIO: 06	Nº FI 03



CLÍNICA ORTOPÉDICA			
PRESCRIÇÃO:	DATA: 28/09/2017	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DETALHES D.O.M. EV 500ML EM 24H CEFALGINA 1G EV 6/6H (20) GENTAMICINA 80MG - LORMETEV 8/8H (20) DILIRONA 1 AMP IM DE 6/6H SN DICLOFENACO 1 AMP IM 12/12H SN FRAMAL 100MG IM 8/8H S/N HEPARINA 5000UI SC 12/12H GAVI + CCGG	<i>15/10/17</i> <i>glória</i> <i>clínica</i> <i>alberto</i> <i>clínica</i>		2º DPO DE REDUÇÃO CIRÚRGICA+FIXAÇÃO DA FRATURA EXPOSTA GRAU 2 DO PLATO TIBIAL PO EVOLUENDO ESTAVEL FO: OK RX: OK CD: VPM
HEDA	ORLAN RODRIGUES MACHADO	Nº DO PRONTUÁRIO:	Nº H
		06	03



29/09 *1. curta Gm*
Hemogram med.
Pr condole - OK
Alto Hepático.



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

PARNASSA - PIAUÍ

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO
DE ENFERMAGEM

Elilson Rodrigues Malsado

IDADE

LEITO 06/03 DATA 28/09/77

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

11:15

Pt, no 5º DIA, de internação. A 14 paciente com
Zebra (E), com sinais, orientado, deitado, orientado, físico, limpo,
e, em boas condições, higiene, único, alerta, dieta normal, al-
zede, acordando sem a dieta de manhã, boa recuperação, al-
cida, sem sinais na P.O com contínuo E. Segue em
prática de pouco exantema em al- agudamente em al-
quilo lento. Eliminação de fezes e urina, com sinais, al-
logias presentes e espontâneas. (Lido pelo enfermeiro)

Al 14 paciente com
Zebra (E), com sinais, orientado, deitado, orientado, físico, limpo,
e, em boas condições, higiene, único, alerta, dieta normal, al-
zede, acordando sem a dieta de manhã, boa recuperação, al-
cida, sem sinais na P.O com contínuo E. Segue em
prática de pouco exantema em al- agudamente em al-
quilo lento. Eliminação de fezes e urina, com sinais, al-
logias presentes e espontâneas. (Lido pelo enfermeiro)

Josefina M. Braga da Silva
Enfermeiro
COREN-PI 415.953

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 FEV 2008
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro - Norta CEP: 54.002470

Atestado de Faltas

Assinatura

Assinatura do Médico

Assinatura do Enfermeiro

Atividade

Atividade Profissional

Atividade Profissional

Josefina M. Braga da Silva
Enfermeiro
COREN-PI 415.953

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
14 FEV 2008
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-478

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: **3180094202**

Nome do(a) Examinado(a): **ORLAN RODRIGUES MACHADO**

Endereço do(a) Examinado(a):

CONJ JOAZ SOUSA I 01 R 06 Q 07 C 01, 01 - São Vicente de Paula - Parnaíba - PI - CEP 64217-245

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1766948**

Data e local do acidente: [**19/09/2017**] **RUA TIMBIRA COM AFONSO PENA**

Data e local do exame: [**02/05/2018**] **Parnaíba** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE PERNA ESQUERDA E TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO.

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

PACIENTE FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO PASSANDO 11 DIAS INTERNADO E REALIZOU FISIOTERAPIA APÓS A CIRURGIA DURANTE 20 DIAS.

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

FLEXIONA O JOELHO EM APENAS 90 GRAUS, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR NA PERNA ESQUERDA, CICATRIZ CIRÚRGICA ANA PORÇÃO PROXIMAL DA PERNA ESQUERDA, CLAUDICAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

[☒] Sim [☐] Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA PERNA ESQUERDA.

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

% 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

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 a valoração do dano corporal.



Francisco de Assis Costa Araujo - CRM: 2498 - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180094202 **Cidade:** Parnaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ORLAN RODRIGUES MACHADO **Data do acidente:** 19/09/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO E TRAUMATISMO CRANIANO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020160326518 Nº 012713254584
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1044713515 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME
OTAVIO NERI MACHADO FILHO

CPF / CNPJ 45136521368 PLACA PIH-3292

PLACA ANT. / UF - CHASSI 9C2KC1660FR506559

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MENHURA COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN EX ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP. POT. / CIL 002P/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1º IPVA
2º
3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
A/FIO ADMINISTRADORA DE CONS N

LOCAL PARNAIABA DATA 22/4/2017

ARAO MARTINS DO REGO LOBÃO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - P

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012713254584 BILHETE DE SEGURO DPVAT

É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 22/4/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 45136521368 PLACA PIH-3292

RENAVAM 1044713515 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB. 2015 CAT. TARIF. 02 Nº CHASSI 9C2KC1660FR506559

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81,28 DENATRAN (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 185,50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 23/02/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

FEV 2016

86. 988358742
86. 995027266

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0012

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
ORLAN RODRIGUES MACHADO

Nº de Inscrição
794850063-49

Data de Nascimento
23/05/78

AG: 01522-9
0618544-4

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 FEV 2008

GENÉR. SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Azevedo, 488 Loja C
Centro - Maceió - CEP: 64.002470

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.766.948 DATA DE EXPEDIÇÃO 27.06.1996

NOME ORLAN RODRIGUES MACHADO
Otavio Neri Machado

FILIAÇÃO Ana Rodrigues Machado

PARNAIBA (PI) 23.MAI.1978

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Nasc. 20.231 Liv. 305 Fls. 55vº Exp. em Parnaíba-Pí, 29.08.1978

DOC. ORIGEM

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu OTAVIO NERI MACHADO FILHO
RG nº 1.267.963 data da expedição 09/04/91, órgão SSP-PI
Portador do CPF 451365213-68 com domicilio na cidade de PARNAIBA
no estado de PI onde residio na
(Rua/Avenida/Estrada) CS BETANIA D 21 GNC 21 nº

Complemento BANCO PAUL declaro, sob as penas da Lei,
que o veiculo abaixo mencionado e (era) de minha propriedade na data do
acidente ocorrido com a vitima URLAN RODRIGUES MACHADO
cujo condutor era URLAN RODRIGUES MACHADO

Veículo: HONDA / CG 150 TITAN EX

Ano: 2015

Modelo: 2015

Placa: PIH-3292-PI

Chassi: 9C2KC1660F12SD6559

Data do Acidente: 19.09.17

Local e Data PARNAIBA PI 04/01/18

Otávio Neri Machado Filho
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
14 FEV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celina de Mesquita, 463 Loja G
Centro - Niterói CEP: 64.082-96

Orlan Rodrigues Matos

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

Carla Iris Oliveira dos Santos
Escritora Autenticada de Imprensa
União do Litoral - PI

1º SERVIÇO REGISTRAL DE IMÓVEIS E NOVAS
RUA DUQUE DE CAIXAS, CENTRO - Nº 821, PARNALBA - PIAUI
ECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE OTAVIO NERI MACHADO
ILHO. TEST: DA VERDADE DOU.FE. PARNALBA, 02/01/2018 16:01:21

Carla Iris Oliveira dos Santos - ESCRIVENTE
n.º 3.60 T.º 0.72 Sel.º 0.25 Tobi.º 4.57



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B - I
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 003762018

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\$)
MARCO/2018	04/04/2018	167	144,94

FRANCISCO ZACARIAS DA SILVA
CJ JOAZ SOUZA I 01 R 06 Q 07 C 01 JOAZ SOUZA
CPF: 000000000000000000
CEP: 64.217-245 - PARNATAIBA

ROT: 162.002.18.62.622000

DADOS DA LEITURA		LWH		DATAS DA LEITURA	
Atual:		10142		Atual:	27/03/2018
Anterior:		9975		Anterior:	23/02/2018
Constante de Multiplicação:		1,000		Próxima Leitura:	26/04/2018
Consumo Medido:		167		Emissão:	23/03/2018
Consumo Faturado:		167	FCAM	Apresentação:	27/03/2018

NORMAL

32

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1477948		1.1.1.1	170

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
FEV/18 154	CONSUMO 167 A R\$ 0,735940 = 122,90
JAN/18 165	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 16,65
DEZ/17 181	CORRECAO MONETARIA IG 01/18-00 1,26
NOV/17 174	MULTA POR ATRASO 01/18-00 2,48
OUT/17 199	JUROS DE MORA DE IMPO 01/18-00 1,65
SET/17 230	
AGO/17 159	
JUL/17 136	
JUN/17 146	
MAI/17 163	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 167 - 0,554930

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 ABR. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

MENSAGENS IMPORTANTES / REALIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 11/04/2018. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO A716.EA2B.4F4D.C912.B476.4AFF.0508.23EB

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 26,41	Base de Cálculo: 122,90
Energia: 50,23	Alíquota ICMS: 20,00%
Transmissão: 7,90	Valor do ICMS: 24,58
Encargos: 8,00	Valor do PIS: 1,03
Tributos: 30,36	Valor do COFINS: 4,75

98835-8742

(86) 999502-7266