

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

1010531006

VÁLIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL

1010531006

PROIBIDO PLASTIFICAR

1010531006

NOME  
 REGINALDO OLIVEIRA DE SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF  
 1851803 SSP PI

CPF  
 831.127.743-53

DATA NASCIMENTO  
 26/07/1960

PLACAO  
 ANTONIO GOMES DE SOUSA

MARIA DE JESUS  
 OLIVEIRA SOUSA

PERMISSÃO  
 B

ACE  
 B

CAT. HAB.  
 AB

Nº REGISTRO  
 94921505765

VALIDADEZ  
 24/10/2019

1ª HABILITACAO  
 15/04/2010

OBSERVAÇÕES

*Reginaldo Oliveira de Sousa*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

DATA DE EMISSAO  
 03/11/2014

LOCAL  
 PIRIPIRI

*San Martin*  
 SAN MARTIN COLEGIO LINGUAS  
 BRASILEIRAS LTDA

76064251635  
 91314718150

DETRAN PI (PJAUI)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 MAR. 2014

GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002477







Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI  
 Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27  
 Internet: www.agespisa.com.br  
 Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

**Fatura Mensal**

166990-7		Hidrometro		Y10N520320		DEZ/2018	
Nome/Razão Social/Endereço							
EDILSON HIGINO DE ANDRADE RUA PROJETADA 19, S/N CENTRO CAPITAO DE CARPOS 64270000							
AG= 163							
Situação Água/Espeto		Res.		Categorias de Uso		Inscrição	
3/1		1		Com. Ind. Pub.		21 1 01 0561 6705-000	
28/11/2018		28/12/2018		30			
Histórico de Consumo				Forma de Pagamento			
Mês/Ano	Letras	Consumo	Out	FATURADO P/ CONSUMO NORMAL			
06/18	1256	10	0	Cód. Responsável		Código de Tarifa	
07/18	1271	15	0	905764170		01	
08/18	1286	15	0	Consumo Médio		Consumo Final Água	
09/18	1306	20	0	15		Consumo Final Fogo	
10/18	1323	17	0	Consumo		Consumo Residual	
11/18	1341	18	0	12		12	
12/18	1353	12	0				
Cód. Mensa do Serviço				Valor (R\$)			
AGUA				39,44			
MANUTENCAO HIDROMETRO				1,90			

03/01/2019 41,34  
 PAGUE ATÉ O VENCIMENTO, EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS MORA  
 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30  
 DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetro	Taxa/Out	Car	Consumo	PI	Ferro	Outros	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	SR	W	SR	LR+SR	SR	Assento	Assento
MP Número de Amostras Gravidas							
MP Amostras Realizadas							
MP Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	3.70		1.00	7.05		0.00	0.00

Condição: **PREFERE A QUALIDADE DA ÁGUA, NÃO SE PREOCUPA COM O PREÇO**  
 Mensagens:  
 A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA  
 ALTERNATIVA - RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR  
 EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA, ESSO LIXO É COLETADO PELA AGES  
 PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
 12 MAR. 2019  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002470

# 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: 286.387.603-10 Nome completo da vítima: Edilson Higino de Andrade

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

Nome completo: Edilson Higino de Andrade CPF: 286.387.603-10  
 Profissão: Fisco Agropecuária Endereço: Rua Parajitá, 19 Número: 51N Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: Centro Cidade: Capitão de Campos Estado: PI CEP: 64.270-000  
 E-mail: reginaldoadv2016@gmail.com Tel.(DDD): 86 994 740644

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)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: Banco do Brasil  
 AGÊNCIA: 0129 5 CONTA: 28.798 9 AGÊNCIA: 0129 5 CONTA: 28.798 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 de condições 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
 12 MAR. 2019  
 SEGURO DPVAT S.A.  
 Rua Curitiba, 366 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002470

**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 pais/avós vivos?  Sim  Não  
 Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ nascituro (vai nascer)?  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: Capitão de Campos, 13/03/19  
 Nome: Edilson Higino de Andrade  
 CPF: 286.387.603-10  
 (\* Assinatura de quem assina A ROGO)  
Edilson Higino de Andrade  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Reginaldo C. de Sousa  
 Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**  
 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura  
 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura

(\* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAUDE-SUPAS**  
**DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA**

**CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES – CERIH**

**SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERENCIA**

DATA 05/11/2017 HORA: 12:20 Nº DO TELEFONE: (86)99925-0506

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Regional Chagas Rodrigues MUNICÍPIO: Piripiri

MÉDICO: Dr. Felipe Verner CRM: 4427

**NATUREZA DA SOLICITAÇÃO**

( ) Obstetrícia (X) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Psiquiatria ( ) Outro \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: Edilson Higino de Andrade

Data do Nascimento: 16/10/1962 Idade: 55 Sexo: (X) Masculino ( ) Feminino

Mãe: Jeanne Pereira de Andrade Sousa

RG ou CPF \_\_\_\_\_ Cartão Nacional de Saúde 700.5011.7885.9959

Endereço: Rua Projéctada Vila da Paz

Município de Procedência: Capitão de Campos

HDA: fratura por queda de altura com

dox + volume 4 deslocada em fechada (C)

HD: Frnt. + tibia distal (C) / fíbula distal

\_\_\_\_\_

ESCALA DE GLASGOW: 15

**ABERTURA OCULAR**

- 4 – Espontânea
- 3 – Comandos
- 2 – A dor
- 1 – Nenhuma

**RESPOSTA VERBAL**

- 5 – Orientado
- 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 – Nenhuma

**SINAIS VITAIS**

T ax. \_\_\_\_\_ °C P: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ mrm PA: \_\_\_\_\_ mmHg Sat O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dl

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

- ( ) Oxigênio
- ( ) Hidratação Venosa
- ( ) Aspição
- ( ) Medicação (especificar) \_\_\_\_\_
- ( ) Curativo
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

*Manoel P. P.*  
 105.100.103.2 / Mat. 11455.9  
 Setor do Arquivo Técnico

**EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*Dr. Felipe Verner Pagnoncelli*  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CRM - PI 4427

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPVAT**  
 CONTEUDO NAO VERIFICADO  
 12 MAR. 2018  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002470

Assinatura e carimbo do Médico

**HOSPITAL DE DESTINO**

Hospital: HPM

Clinica/Posto: \_\_\_\_\_ Senha: 2017 1605 37715



**HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES**  
 AV. DR. PADUA MENDES,  
 CENTR.O, PIRIPIRI/PI - 64260-000  
 CNPJ: 06553564000480  
 (86) 3276-3362 - (86) 3276-3362

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**  
 Atendimento: P0147889 Registro: 64698  
 Data: 05/11/2017 Hora: 07:38:00  
 Funcionario: GIZELDA Tipo: CONSULTA  
 Sexo: MASCULINO  
**Senha 1**  
**SUS**

**EDILSON HIGINO DE ANDRADE**

Nasc.: 16/10/1962 Idade: 55 ANOS, 22 DIAS  
 End.: RUA PROJETADA, 0 - SN  
 Cor: SEM Telefone: ( ) -

CPF: - RG: 505950 - SUS: 700501178859959  
 Profissão: AGROPECUARISTA Civil: CASADO(A) CEP: 64270-00  
 Bairro: VILA DA PAZ Cidade: **CAPITAO DE CAMPOS/PI**  
 Mãe: JOANA PEREIRA DE ANDRADE SOUSA Pai:

Clinica: **ORTOPEDIA** Documento: 1 - HRCR  
 Responsável: EDILSON REGINO DE ANDRADE - O MESMO Temp.: °c Peso: Kg P.A.:

**Procedimentos**

05/11/2017 7:38 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
 Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco Urgente  Azul - Não Urgente

**Queixa principal: ORTOPEDISTA**

**Exame clinico/fisico:**

Paciente com dor no cotovelo, glóbulos brancos e vermelhos  
 aumentados com o fígado aumentado

**Diagnostico provavel:**

TMW

**Medicação:**

voltea 75g 1g S  
 2-pias 2lt 0ne R

**Procedimentos/exames realizados:**

**Anotação de enfermagem**

SUTCAN AW

*[Handwritten signature]*

fratura por queda de M.O., com  
 deslocamento e fratura  
 fratura tíbia distal  
 col: interna

Dr. Felipe Verney Pagnoncelli  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CRM - PI 4427

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT.  
 CONTEUDO NAO VERIFICADO

12 MAR. 2019

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

*[Handwritten signature]*

Responsável: EDILSON REGINO DE ANDRADE

PROFISSIONAL



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
POLICIA CIVIL JUDICIARIA  
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE CAPITÃO DE CAMPOS/PI



**AGOSTINHO FLORINDO DE OLIVEIRA FILHO, Escrivão de Polícia Civil, Classe Especial, e Chefe do Cartório desta Delegacia de Polícia Civil, MAT. 039727-0, lotado, e no exercício de suas funções, neste município, usando das suas atribuições legais...**

509788

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 005/2019 Folhas 65/v.**

Compareceu nesta Delegacia de Polícia o senhor Civil o senhor EDILSON HIGINO DE ANDRADE, CPF: 286.387.603-10, brasileiro, piauiense, casado, fiscal agropecuário, nascido em 16/10/1962, natural de Capitão de Campos/PI, filho de João Higino de Sousa e Joana Pereira de Andrade Sousa, residente e domiciliado nesta cidade, na Rua Projetada, 19, s/n, sendo alfabetizado.

Noticiando à Polícia Judiciária, que manhã do dia 05/11/2017, mais ou menos por volta das 06hs da manhã, estava em trânsito do seu endereço acima citado isso na BR 343, com destino à localidade Novo Oriente município de Cocal de Telha/PI, aonde iria executar sua atividade acima citado. Diz ainda que conduzia a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN MIX ES, CATEGORIA OFICIAL, COR CINZA, ANO 2010/MOD 2010, PLACA NIJ-8893, RENAVAM 206360452, CHASSI 9C2KC1620AR030918, estando em nome de Agência de Defesa Agropecuária do Estado do Piauí. Diz ainda o reclamante que já estando na localidade Gama, deste município, de repente adentrou na BR 343, em que percorria um animal suíno, e por ser tudo muito rápido e não dando para desviar deste animal, então, bateu lateralmente no mesmo, que devido o impacto foi sacado da motocicleta que pilotava, ficando caído no chão gravemente lesionado, que foi socorrido posteriormente por transeuntes e populares do povoado Gama. Diz ainda que logo os seus familiares foram comunicados do ocorrido, os quais procuraram providenciar o seu encaminhamento ao SAMUMU, nesta cidade, onde deu entrada e logo foi encaminhado ao Hospital Regional Chagas Rodrigues em Piripiri/PI, e que posteriormente foi encaminhado ao HPM (Hospital Militar em Teresina/PI), para melhores avaliações médicas, onde ficou em tratamento conservador.

É o que contém a referida Ocorrência, cujo teor fielmente transcreveu, e que, mediante apresentação do Prontuário Médico, é que foi lavrada a presente Certidão, no Livro de Registro de Ocorrências em andamentos, desta Delegacia de Polícia Civil.

**Dada e Lavrada no Cartório desta Delegacia de Polícia Civil, aos 16/01/2019.**

Reclamante:

*Edilson Higino de Andrade*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 MAR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

*Agostinho Florindo de O. Filho*  
Chefe do Cartório  
Mat: 039727-0

---

**Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190192440**

**Vítima: EDILSON HIGINO DE ANDRADE**

**Data do Acidente: 05/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: REGINALDO OLIVEIRA DE SOUSA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), EDILSON HIGINO DE ANDRADE**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 286.387.603-10 Nome completo da vítima: Edilson Higino de Andrade

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

Nome completo: Edilson Higino de Andrade CPF: 286.387.603-10

Profissão: Fisco Agropecuária Endereço: Rua Parajitá, 19 Número: 51N Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro Cidade: Capitão de Campos Estado: PI CEP: 64.270-000

E-mail: reginaldoadv2016@gmail.com Tel.(DDD): 86 994 740644

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)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 0129 5 CONTA: 28.798 9 AGÊNCIA: 0129 5 CONTA: 28.798 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 de condições 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
[Assinatura]  
12 MAR. 2019  
SEGURADORA S.A.  
Loja C  
CEP: 64.002470

**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 pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ nascituro (vai nascer)?  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: Capitão de Campos, 13/03/19

Nome: Edilson Higino de Andrade

CPF: 286.387.603-10

(\*) Assinatura de quem Assina A ROGO

Edilson Higino de Andrade  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Reginaldo C. de Souza  
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

---

**Rio de Janeiro, 13 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190192440**

**Vítima: EDILSON HIGINO DE ANDRADE**

**Data do Acidente: 05/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: REGINALDO OLIVEIRA DE SOUSA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), EDILSON HIGINO DE ANDRADE**

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



---

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190192440**

**Vítima: EDILSON HIGINO DE ANDRADE**

**Data do Acidente: 05/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: REGINALDO OLIVEIRA DE SOUSA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), EDILSON HIGINO DE ANDRADE**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0083627/19

**Vítima:** EDILSON HIGINO DE ANDRADE

**CPF:** 286.387.603-10

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 05/11/2017

**Titular do CPF:** EDILSON HIGINO DE ANDRADE

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### REGINALDO OLIVEIRA DE SOUSA : 831.127.743-53

Documentos de identificação  
Procuração

### EDILSON HIGINO DE ANDRADE : 286.387.603-10

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## 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](http://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: 12/03/2019  
Nome: REGINALDO OLIVEIRA DE SOUSA  
CPF: 831.127.743-53

REGINALDO OLIVEIRA DE SOUSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2019  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

## PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL

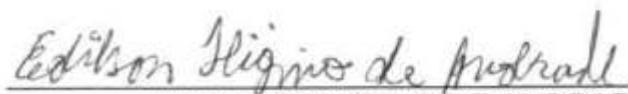
OUTORGANTE: EDILSON HIGINO DE ANDRADE, brasileiro, casado, Fiscal Agropecuário, portador do RG nº 505.950 SSP/PI e CPF sob o nº 286.387.603-10, residente e domiciliado na Rua Projetada 19, s/n, Centro, Capitão de Campos/PI, CEP 64.270-000.

OUTORGADO: REGINALDO OLIVEIRA DE SOUSA, advogado, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº 831.127.743-53, RG nº 1.851.803 – SSP-PI, OAB/PI 10.317, com escritório profissional localizado na Rua Acelino Resende, nº 97, Centro, Capitão de Campos/PI.

Através do presente instrumento particular de mandato extrajudicial, o OUTORGANTE nomeia e constitui como seu procurador o OUTORGADO para representá-lo perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, a fim de que este possa tratar de todos os interesses que envolvem o primeiro na via administrativa, atuando para o bom e fiel cumprimento dos poderes outorgados.

**PODERES ESPECIAIS:** conferem-se, para tanto, poderes para requerer pagamento de seguro DPVAT; requisitar, solicitar, assinar e aceitar qualquer documento; prestar e exigir esclarecimentos; obter cópias integrais do processo, apresentar recursos, acompanhar o processo desde a fase inicial até o exaurimento da via recursal administrativa, providenciar a apresentação de provas, bem como produzi-las; além de praticar todos os atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato.

Capitão de Campos/PI, 27 de fevereiro de 2019.

  
EDILSON HIGINO DE ANDRADE  
Outorgante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170248094 Nº 013227024828  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1  
COD. RENAVAM 206360452  
R.N.T.R.C. 2018  
EXERCÍCIO 2018

AGÊNCIA DE DEFESA AGROPECUÁRIA DO E  
ST DO PIAUÍ ADA  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

CPF / CNPJ 07812549000120  
PLACA ANT / UF - PI  
PLACA NIJ-9893

ESPECIE TIPO 9C2KC1620AR030918

PAS/MOTOCICLO/MENHUMA COMBUSTÍVEL ALCO/BASOL

HONDA/CG150 TITAN MIX ES ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

002P/149CC CATEGORIA OFICIAL COTA UNICA CINZA

1	COTA UNICA	VENIC. COTA UNICA	1ª	VENIC. COTAS
P	FAIXA LPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2ª	IMUNE
V			3ª	IPVA
A				

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00,00  
PREMIO TOTAL (R\$) 184,80  
DATA DE PAGAMENTO 26/06/2018

SEM RESTRIÇÕES DE PORTE OBRIGATORIO  
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA  
LTPA  
DATA 27/6/2018

APLO MARTINS DO REGO LOPES  
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

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

PI Nº 013227024828 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1  
RESERVAVA 07812549000120  
CPF / CNPJ NIJ-9893  
PLACA 27/6/2018

206360452 HONDA/CG150 TITAN MIX ES

ANO FAB. 2010  
ANO MOD. 09  
CATEGORIA OFICIAL COTA UNICA CINZA

PREMIO TARIFARIO

ENL (R\$)	81,29	DETRAN (R\$)	9,03	CUSTO DO SEGURO (R\$)	90,32
CUSTO DO BILHETE (R\$)	4,15	IPV (R\$)	0,00	COTA UNICA	184,80

SEGURODPVAT  
DATA DE QUITACAO 26/06/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

0800 022 1204

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

12 MAR. 2019

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

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERENCIA

DATA 05/11/2017 HORA 10:30 Nº DO TELEFONE: (86)99925-0506

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Regional Chagas Rodrigues MUNICIPIO: Piripiri

MÉDICO: Dr. Felipe Verner CRM: 4427

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetria (x) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Psiquiatria ( ) Outro \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Edilson Régio de Andrade

Data do Nascimento: 16/10/1962 Idade: 55 Sexo: (x) Masculino ( ) Feminino

Mãe: Jeanne Pereira de Andrade Sousa

RG ou CPF \_\_\_\_\_ Cartão Nacional de Saúde 700.5011.7885.9959

Endereço: Rua Projetada Vila da Paz

Município de Procedência Capitão de Campos

HDA: fratura por queda de altura com  
dox + bolus + desbridamento em fechamento

HD: frat. fêmur distal @ 11. hnt distal

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4 - Espontânea	5 - Orientado	6 - Obedece a comandos
3 - Comandos	4 - Confusa	5 - Localiza dor
2 - A dor	3 - Palavras inapropriadas	4 - Movimento de retirada
1 - Nenhuma	2 - Palavras incompreensíveis	3 - Flexão anormal
	1 - Nenhuma	2 - Extensão anormal
		1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS  
T ax. \_\_\_\_\_ °C P: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ mrm PA: \_\_\_\_\_ mmHg Sat O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

( ) Oxigênio ( ) Hidratação Venosa \_\_\_\_\_  
( ) Aspiração ( ) Medicação (especificar) \_\_\_\_\_  
( ) Curativo ( ) Outros: \_\_\_\_\_

*Manoel P.O.*  
Assessor Técnico de Apoio  
Rua do Setor do Arquivo Técnico

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Dr. Felipe Verner Pagnoncelli*  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PI 4427

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
12 MAR 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM  
Clínica/Posto: \_\_\_\_\_ Senha: 2017 4305 37715



**HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES**  
 AV. DR. PADUA MENDES,  
 CENTRO, PIRIPIRI/PI - 64260-000  
 CNPJ: 06553564000480  
 (86) 3276-3362 - (86) 3276-3362

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**  
 Atendimento: P0147889 Registro: 64698  
 Data: 05/11/2017 Hora: 07:38:00  
 Funcionario: GIZELDA Tipo: CONSULTA  
 Sexo: MASCULINO

Senha **1**

SUS

**EDILSON HIGINO DE ANDRADE**

Nasc.: 16/10/1962 Idade: 55 ANOS, 22 DIAS  
 End.: RUA PROJETADA, 0 - SN  
 Cor: SEM Telefone: ( ) -

CPF: - RG: 505950 - SUS: 700501178859959  
 Profissão: AGROPECUARISTA Civil: CASADO(A) CEP: 64270-000  
 Bairro: VILA DA PAZ Cidade: **CAPITAO DE CAMPOS/PI**  
 Mãe: JOANA PEREIRA DE ANDRADE SOUSA Pai:

Clinica: **ORTOPEDIA** Documento: 1 - HRCR  
 Responsável: EDILSON REGINO DE ANDRADE - O MESMO Temp.: °c Peso: Kg P.A.:

**Procedimentos**

05/11/2017 7:38 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco Urgente  Azul - Não Urgente

Queixa principal: ORTOPEDISTA

**Exame clínico/físico:**

Paciente com dor no cotovelo direito, glóbulos brancos e sangue  
 aumentada com dor no ombro esquerdo

**Diagnóstico provável:**

TMU

**Medicação:**

Voltea 75g 1g S  
 2.º dia 2lt 1mg C

**Procedimentos/exames realizados:**

**Anotação de enfermagem**

SUTCANAW

*[Handwritten signature]*

fratura por queda de M.O., com  
 dor no f.º 2.º  
 fratura fíbula distal  
 col: interna

Dr. Felipe Vertner Pagnoncelli  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CRM-PI 4427

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT.

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 MAR. 2019

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

*[Handwritten signature]*

Responsável: EDILSON REGINO DE ANDRADE

PROFISSIONAL

# BOLETIM DE ADMISSÃO

Atendimento	1010328
Data	05/11/2017
Hora	8:06

## 64698 - EDILSON HIGINO DE ANDRADE

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 16/10/1962 - 55 ANOS, 22 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: CM07- CLINICA MEDICA Leito: CM0706 Naturalidade: CAPITAO DE CAMPOS

Escolaridade: Médico: 4427 - FELIPE VERNER PAGNONCELLI  
CPF: RG: 505950 C/N: CNS: 700501178859959

Endereço: RUA PROJETADA, N° 0 - CEP: 64270-000 Bairro: VILA DA PAZ

Cidade: 2202406- CAPITAO DE CAMPOS/PI Profissão: AGROPECUARISTA Telefone: ( ) -

Pai: Mãe: JOANA PEREIRA DE ANDRADE SOUSA

Responsavel: EDILSON REGINO DE ANDRADE - ( ) -- O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo: *Frad. fratura distal*

### Resultado

<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	-48 Horas
<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	+48 Horas
<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>	Obito
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina		

Transferido

### História Clínica

*fratura por queda de peso  
com dor na fratura*

### Diagnóstico Provável

*Frad. fratura distal*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
12 MAR 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

Dr. Felipe Verner Pagnoncelli  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 4427  
PROFISSIONAL



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES  
 AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO  
 64.260-000, PIRIPIRI/PI  
 CNPJ: 06553564000480  
 TELEFONE: (86) 3276-3362

PACIENTE: 1010328-EDILSON MAGINO DE ANDRADE SUS IDADE: 55 Anos DIAS INTERNADO: 1  
 ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LEITO: CM0706 ADMISSÃO: 05/11/2017

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

06/11/2017 - 08:43:52

DIETA LIVRE				
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML SISTEMA FECHADO	1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)	12/12H		
RANITIDINA 50MG/ML 2ML	1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)	12/12H		
CETOPROFENO 100MG FRASCO	1,00 FRA ENDOVENOSA (EV)	12/12H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9%	
DIPRONA 1G AMP	1,00 UN ENDOVENOSA (EV)	06/06H		
TRAMADOL, CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)	08/08H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9%	
METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO DE 10MG/ML 2ML - PLASIL	1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)	08/08H		

SSV + CCGG

em 1000hrs PA: 130 x 20 mmHg  
 T = 36,6°C  
 1700ml Oxiútere

2m 14.00h Pa=160/100mmHg  
 R=60bpm  
 P=65bpm

AS: 20:00hrs = 55 VV (10/10) Taxo 36,5°C  
 CM (MIB), Tax 36,5°C - AC: 10/10  
 96,30 pm 9,8 Bq. Ac. end.  
 Mx clon. 10/10

ENF: 10/10  
 COREN-PI 17212  
 18 HS - PA 110 x 60 mmHg  
 TX - 36,0°C - TC: 96,00

Dr. José Carlos de A. Mendes  
 Ortopedia Traumatologia  
 CRM PI 3537

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NAO VERIFICADO  
 12 MAR. 2019  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002470

PROFISSIONAL



HOSPITAL REGIONAL  
AV. DR. PADUA MENEZES  
64260-000, PIMINHÃO  
CNPJ: 06553564000486  
TELEFONE: (86) 3275-3330  
DILSON HILGADO DE ANDRADE

Pág. 1  
761.999/130613 (Camando)

PACIENTE: 1010328-EDILSON MIGINO DE ANDRADE IDADE: 55 Anos SUS  
ENFERMARIA: 0801-OBSERVACAO ENF. LEITO: 080101 ADMISSÃO: 05/11/2017 DIAS INTERNADO: 0

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

05/11/2017 - 08:39:39

DIETA LIVRE					
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML SISTEMA FECHADO	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	8:30 <del>08:30</del> 20:30 <del>20:30</del>
RANITIDINA 50MG/ML 2ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	8:30 <del>08:30</del> 20:30 <del>20:30</del>
CETOPROFENO 100MG FRASCO	1,00	FRA	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	8:30 <del>08:30</del> 14:30 <del>14:30</del> 20:30 <del>20:30</del>
DIPIRONA 1G AMP	1,00	UN	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	14:00 <del>14:00</del> 20:30 <del>20:30</del>
TRAMADOL, CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	14:00 <del>14:00</del> 20:30 <del>20:30</del>
METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO DE 10MG/ML 2ML - PLASIL	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	14:00 <del>14:00</del> 20:30 <del>20:30</del>

SSVV + CCGG

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
12 MAR. 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

Dr. Felipe Vermer Pagnoncelli  
CRIOPEDEIA E TRUIMATOLOGIA  
CRM-PA 4427

PROFISSIONAL

PACIENTE: 1010328-EDILSON HIGINO DE ANDRADE IDADE: 55 Anos SUS  
 ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LEITO: CM0706 ADMISSÃO: 05/11/2017 DIAS INTERNADO: 3

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

08/11/2017 - 07:56:03

DIETA LIVRE					
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML SISTEMA FECHADO	1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)	12/12H			
RAMITIDINA 50MG/ML 2ML	1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)	12/12H			
CETOPROFENO 100MG FRASCO	1,00 FRA ENDOVENOSA (EV)	12/12H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9%		
DIPYROMA 1G AMP	1,00 UN ENDOVENOSA (EV)	06/06H			
TRAMADOL, CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)	08/08H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9%		
METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO DE 10MG/ML 2ML - PLASIL	1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)	08/08H			

SSVV + CCGG

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
 12 MAR. 2019  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002476

Dr. Felipe Vermer Pagnoncelli  
 COORDENADOR DO SERVIÇO DE ORTOPEDIA  
 CRM - PI 427 PORTARIA 007/2016

PROFISSIONAL

**HOSPITAL REGIO RODRIGUES**  
 AV. DR. PADUA MENDONÇA, 100 - CENTRO  
 64260-000, PIRIPIRI/PI  
 CNPJ: 05553564000480  
 TELEFONE: (86) 3276-3362

PACIENTE: 1010328-EDILSON HEGINO DE ANDRADE IDADE: 55 Anos SUS  
 ADMISSÃO: 05/11/2017 DIAS INTERNADO: 2  
 INFARMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LEITO: CM0706

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

37/11/2017 - 08:02:59

DIETA LIVRE						
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML SISTEMA FECHADO	1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)	12/12H				
RANITIDINA 50MG/ML 2ML	1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)	12/12H				
CETOPROFENO 100MG FRASCO	1,00 FRA ENDOVENOSA (EV)	12/12H				
DIPIRONA 1G AMP	1,00 UN ENDOVENOSA (EV)	06/06H				
TRAMADOL, CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)	08/08H				
METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO DE 10MG/ML 2ML - PLASIL	1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)	08/08H				

da 14:40 P.A. 120 x 60 mmHg  
 Tax 37.3°C; P 54 bpm; R 16 rpm  
 A.O. 16.5g

Janara Diarc da Costa Oliveira  
 ENFERMEIRA  
 COREN PI 425.120

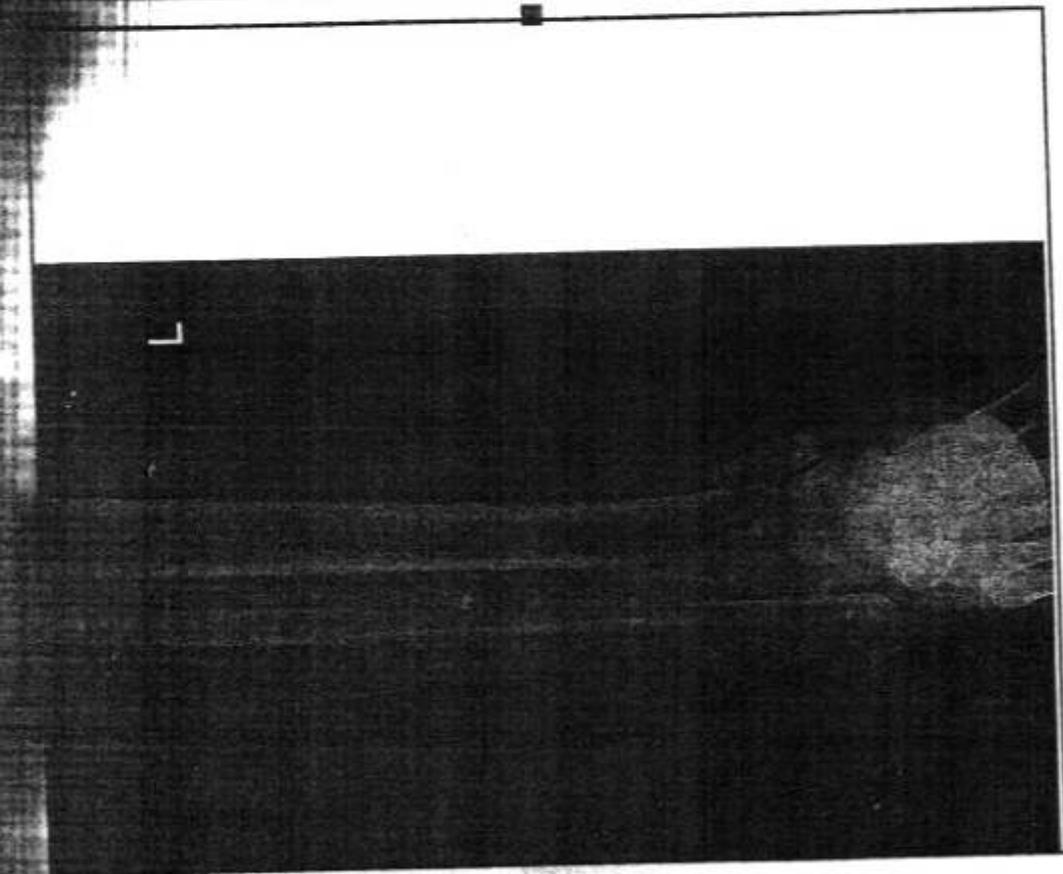
A 20:00hrs: S.V.U. = PA = 120 x 80 mm  
 Tax = 37.3°C; FC = 71 bpm; Pr = 19 rpm  
 SpO2 = 93%  
 ACD. Tec. em Quimica  
 Zildene Siqueira  
 COREN PI 425.115  
 Enfermeira

Dr. Felipe Vetter Pagninelli  
 CRM: 32723  
 R.O. 32723

PROFISSIONAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
 12 MAR. 2019  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002470



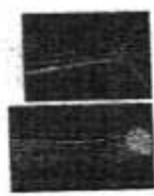


SIMS WEB

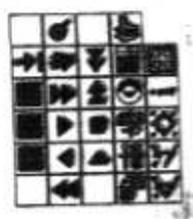


**EDILSON HEGINO DE ANDRADE**  
 Data do Estudo: 2017-11-05  
 ID do Paciente: P5 64814  
 ID do Estudo: 25260  
 Estrutura: PE E AP

Série	Descrição
1	E AP



**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT**  
**CONTEUDO NÃO VERIFICADO**  
 12 MAR. 2019  
**GENTE SEGURADORA S.A.**  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002470





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



Confere com o(a) original  
 foi apresentado(a) e dou f  
 Em 27/08/18.

Sector de Arquivo Técnico: 20  
 Luís Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN. PM  
 Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI  
 RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Edilson Higino de Andrade

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 308163/18

Obs: Não fornecemos 2ª via.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 MAR. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. R. do Comércio de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"



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



Luís Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN. PM  
 HPM 105198193-2 / Mat. 14495-9  
 Chefe do Setor de Arquivo Técnico

  
**COMPROVANTE DE AUTORIZAÇÃO**

LAUDO: 29155

Orgão Emissor: M221100001

AIH: 2217102403417

Usuário: EDILSON HIGINO DE ANDRADE

Nascimento: 16/10/1962

Cartão SUS: 700501178859959

Estabelecimento: 2323451 - POLICIA MILITAR DO PIAUI

Procedimento: 0408050543 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL

CID: S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Solicitação: 08/11/2017

Análise: 15/12/2017 10:29:32

---

**JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES**

038.348.323-91

**AUTORIZADOR**

Operador: MARISA DE CASTRO FERREIRA GARCES

Emissão: 17/11/2017 15:07:59

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT**

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 MAR. 2019

**GENTE SEGURADORA S.A.**

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

  
Luiz Henrique Vitor - Cel. Rui - 22/10/2018  
RGPM 105190193-2 / Mat. 144007  
Cível do Setor do Arquivo Técnico



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 29155

AIH: 2217102403417

## 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

700501178859959

## NOME DO PACIENTE

EDILSON HIGINO DE ANDRADE

## NASCIMENTO

16/10/1962

## SEXO

M

## PRONTUÁRIO

708163

## DOCUMENTO CPF

505950

## TELEFONE

86994740644

## NOME DA MÃE

JOANA PEREIRA DE ANDRADE SOUSA

## RESPONSÁVEL

FRANCISCA ROSA SILVA ASSUNCAO

## CEP

64270970

## ENDEREÇO - LOGRADOURO

## NÚMERO / LOTE

1

## BAIRRO

CENTRO

## COMPLEMENTO

## MUNICÍPIO

CAPITÃO DE CAMPOS

## UF

PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR, EDEMA DEFORMIDADE EM TORNOZELA ESQUERDA.

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

FRATURA DE TÍBIA DISTAL ESQUERDA

## PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

## CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

## CID 10 SECUNDÁRIO

## CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050543 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL

## LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

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

## CARÁTER

URGENCIA

## DATA SOLICITAÇÃO

08/11/2017

EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR

CPF: 65265386491

CRM

## DATA ADMISSÃO

08/11/2017 12:11

## DATA ALTA

30/11/2017 11:45

## MOTIVO ALTA

ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

## 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)

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GEMES

CPF: 4043462291

CRM

DATA ANÁLISE: 13/12/2017 16:29:32

## NOME DO PROFISSIONAL / PAPEL

AUDITORIA

CPF

## DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS / CONTROLE AVALIAÇÃO /

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 MAR 2019

## GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

## ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

105190193-2 / Mat. 134009  
 Cidade do Setor do Arquivo Técnico

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

Nº LAUDO: 29155  
AIH: 2217102526804

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	<b>CNES</b> 2323451
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	<b>CNES</b> 2323451

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

<b>CARTÃO SUS</b> 700501178859959	<b>NOME DO PACIENTE</b> EDILSON HIGINO DE ANDRADE	<b>NASCIMENTO</b> 16/10/1962	<b>SEXO</b> M	<b>PRONTUÁRIO</b> 308140
<b>DOCUMENTO CPF</b> 505950	<b>TELEFONE</b> 86994740644	<b>NOME DA MÃE</b> JOANA PEREIRA DE ANDRADE SOUSA	<b>RESPONSÁVEL</b> FRANCISCA ROSA SILVA ASSUNÇÃO	
<b>CEP</b> 54270970	<b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b>			<b>NUMERO / LOTE</b> 1
<b>BAIRRO</b> CENTRO	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>MUNICIPIO</b> CAPITAO DE CAMPOS	<b>UF</b> PI	

**LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS**  
DOR, EDEMA DEFORMIDADE EM TORNOZELO ESQUERDO

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
FRATURA DE TIBIA DISTAL ESQUERDA

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**  
ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

**CID 10 PRINCIPAL / DIAGNOSTICO INICIAL**  
S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

**CID 10 SECUNDARIO**      **CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

0408050543 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL

<b>LEITO/CLINICA</b> ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)	<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b> EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR CPF: 65265386491      CRM:
<b>CARATER</b> URGENCIA	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 08/11/2017
<b>DATA ADMISSÃO</b> 08/11/2017 12:11	<b>DATA ALTA</b> 09/12/2017 08:00
<b>MOTIVO ALTA</b> PERMANENCIA POR MUDANCA DE PROCEDIMENTO	

**CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)**

<b>TIPO ACIDENTE</b>	<b>CNPJ SEGURADORA</b>	<b>Nº DO BILHETE</b>	<b>SÉRIE</b>	<b>CNPJ DA EMPRESA</b>	<b>CNAE EMPRESA</b>	<b>CBOR</b>	<b>NATUREZA DA LESÃO</b>

**AUTORIZAÇÃO**

**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b> JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES CPF: 03034812301      CRM:	<b>NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b> AUDITORIA	<b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 12 MAR. 2019 CRM</b>	<b>LACAO /</b>
<b>DATA ANALISE:</b> 15/12/2017 10:29:32	<b>CPF:</b>	<b>DATA ANALISE:</b>	

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**

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

Centro / Norte CEP: 64.002470

Dr. Henrique Vasconcelos Reis - CRM: 11111

RGPM 105136193-2 / Mat. 11433 9

Chefe do Setor do Arquivo 100162

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	2 - CNES	Atendimento
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	
3 - Nome do estabelecimento executante:	4 - CNES	497798
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome:	EDILSON HIGINO DE ANDRADE	6 - Prontuário:	308163
7 - CNS:	700501178859959	8 - Nascimento:	16/10/1962
9 - Sexo:	M	10 - CPF:	
11 - Mãe:	JOANA PEREIRA DE ANDRADE SOUSA	12 - Fone:	86-9.94740644
13 - Resp:	FRANCISCA ROSA SILVA ASSUNCAO	14 - Cor:	PARDA
15 - Ender.:	RUA PROJETADA 1	17 - CEP:	64270-970
16 - Munic:	CAPITAO DE CAMPOS	18 - Cod. IBGE:	220240
		19 - UF:	PI
		20 - RG:	50595-0

Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Doa e edema em perna*

21 - Condições que justificam a internação:

*necessidade de cirurgia*

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

*RX perna G*

23 - Diagnóstico Inicial: ACONSELHAMENTO NAO ESPECIFICADO

24 - Cid Princ.: 2719

25 - Cid Sec.: \_\_\_\_\_

26 - Cid C.Ass.: \_\_\_\_\_

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced.	27 - Procedimento Solicitado:	Tempo SUS
0301060088	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA	1
29 - Clínica:	30 - Carater.:	Ident.:
POSTO II	02	1
31 - Documento:	32 Doc. Med. Solic.	CPF
	65265386491	
33 - Nome Profissional / Assistente	34 - Data de Solicitação:	
EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR	08/11/2017	

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

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

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização:
	12 MAR. 2019
48 - Documento	49 - Num. Documento

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 305 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

*[Assinatura]*

RG 105198193-2 / Mat. 11405-9  
Clie do Setor do Arquivo 130412

JEANE SILVA  
Constituta Local:  
Consulta SUS: 2917110537715  
Impressão: 9:57:22



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>	2 - CNES <b>2323451</b>	<b>Atendimento</b>  <b>497798</b>
3 - Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>	4 - CNES <b>2323451</b>	

## Identificação do Paciente

5 - Nome: <b>EDILSON HIGINO DE ANDRADE</b>	6 - Prontuário: <b>308163</b>		
7 - CNS: <b>700501178859959</b>	8 - Nascimento: <b>16/10/1962</b>	9 - Sexo: <b>M</b>	CPF:
11 - Mãe: <b>JOANA PEREIRA DE ANDRADE SOUSA</b>	12 - Fone: <b>86-9.94740644</b>	14 - Cor: <b>PARDA</b>	
13 - Resp: <b>FRANCISCA ROSA SILVA ASSUNCAO</b>	19 - CEP: <b>64270-970</b>	18 - UF: <b>PI</b>	RG: <b>50595-0</b>
15 - Ender.: <b>RUA PROJETADA 1 CENTRO</b>	17 - Cod. IBGE: <b>220240</b>		
16 - Munic: <b>CAPITAO DE CAMPOS</b>			

## Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:  
*Doi e edema em perna b*

21 - Condições que justificam a internação:  
*necessite do amparo*

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados):  
*Rx perna b*

23 - Diagnostico Inicial: **ACONSELHAMENTO NAO ESPECIFICADO**

24 - Cid Princ.: **Z719**      25 - Cid Sec.: \_\_\_\_\_      26 - Cid C.Ass.: \_\_\_\_\_

## Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. <b>0301060088</b>	27 - Procedimento Solicitado: <b>DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA</b>	Tempo SUS <b>1</b>
29 - Clínica: <b>POSTO II</b>	30 - Carater.: <b>02</b>	Ident.: <b>1</b>
31 - Documento: <b>CPF</b>	32 Doc. Med. Solic. <b>65265386491</b>	
33 - Nome Profissional / Assistente: <b>EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR</b>	34 - Data de Solicitação: <b>08/11/2017</b>	36 - Ass. Control. Méd. Regulatório

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ( ) Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete.	41 - Serie
37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.	40 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acidente de Trabalho Trajeto.			

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

## Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização: <b>12 MAR 2019</b>	<b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</b> <b>DPVAT</b> <b>CONTEUDO NÃO VERIFICADO</b>
48 - Documento	49 - Num. Documento	50 - Ass. Control. Méd. Regulatório

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

AGRA 105196193 2 10/01/2019  
Ciefo do Setor do Acidente de Trabalho

**GENTE SEGRADORA S.A.**  
Rua Coelho de Resende, 465 Lpja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Nome: **JEANE SILVA**  
Cargo: **Assista Lincis**  
Consulta SUS: **2017110537716**  
Impressão: **9:57:22**



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>	2 - CNES <b>2323451</b>	Atendimento <b>497798</b>
3 - Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>	4 - CNES <b>2323451</b>	

## Identificação do Paciente

5 - Nome: <b>EDILSON HIGINÓ DE ANDRADE</b>	6 - Prontuário: <b>308163</b>		
7 - CNS: <b>700501178659959</b>	8 - Nascimento: <b>15/10/1962 02:00</b>	9 - Sexo: <b>M</b>	CPF:
11 - Mãe: <b>JOANA PEREIRA DE ANDRADE SOUSA</b>	12 - Fone: <b>86-9.34740644</b>	14 - Cor: <b>PARDA</b>	
13 - Resp: <b>FRANCISCA ROSA SILVA ASSUNCAO</b>	19 - CEP: <b>64270-970</b>	17 - Cod. IBGE: <b>220240</b>	18 - UF: <b>PI</b>
15 - Ender: <b>RUA PROJETADA 1 CENTRO</b>	RG: <b>60695-0</b>		
16 - Munic: <b>CAPITÃO DE CAMPOS</b>			

## Justificativa da internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:  
*1 unidade com lesões musculares em membros superiores e inferiores*

21 - Condições que justificam a internação:  
*tratamento necessário*

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

23 - Diagnóstico Inicial: *20 pontos*

24 - Cid Princ.: *20*      25 - Cid Sec.: \_\_\_\_\_      26 - Cid C.Ass.: \_\_\_\_\_

## Procedimento Solicitado

28 - Corf. Proced. *50113*      27 - Procedimento Solicitado:

29 - Clínica: <b>POSTO II</b>	30 - Carater.: <b>02</b>	Ident.: <b>1</b>	31 - Documento: CPF <b>65265386491</b>	32 Doc. Med. Solic. <b>65265386491</b>
33 - Nome Profissional / Assistente <b>EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR</b>			34 - Data de Solicitação: <b>08/11/2017</b>	

Tempo SUS

**Dr. Ferdinando Freitas**  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Ombro e Mão  
CRM-PI 3096      11027

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

36 - ( ) Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete: <b>DPVAT</b>	41 - Série:
37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.	40 - CNPJ Empresa:	<b>CONTEUDO NÃO VERIFICADO</b>	
38 - ( ) Acidente de Trabalho Fragto.		43 - CNES - Empresa:	44 - CBUR:

45 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado **12 MAR 2018** ( ) Não Segurado

## Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47 - Data Autorização: <b>12 MAR 2018</b>	<b>GENTE SEGURADORA S.A.</b> Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro, Norte CEP: 64.002470
48 - Documento:	49 - Num. Documento:	<b>RGPM 105198193-2 / Mat. 114537</b> Chefe do Setor do Arquivo

51 - Assinatura Escrita do Responsável:  
*Edmar Silva Resende*

Usuário: <b>JEANE SILVA</b>
Consulta Local:
Consulta SUS: <b>2017150537714</b>
Impressão: <b>12/06/17</b>



## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>	2 - CNES <b>2323451</b>	<b>Atendimento</b>  <b>497798</b>
3 - Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>	4 - CNES <b>2323451</b>	

**Identificação do Paciente**

5 - Nome: <b>EDILSON HIGINO DE ANDRADE</b>		6 - Prontuário: <b>308163</b>
7 - CNS: <b>700501178859959</b>	8 - Nascimento: <b>16/10/1962 02:00</b>	9 - Sexo: <b>M</b> CPF: _____
11 - Mãe: <b>JOANA PEREIRA DE ANDRADE SOUSA</b>	12 - Fone: <b>06-9.94740644</b>	
13 - Resp: <b>FRANCISCA ROSA SILVA ASSUNCAO</b>	14 - Cor: <b>PARDA</b>	
15 - Endér: <b>RUA PROJETADA 1 CENTRO</b>	19 - CEP: <b>64270-970</b>	
16 - Munic: <b>CAPITAO DE CAMPOS</b>	17 - Cod. IBGE: <b>220240</b>	18 - UF: <b>PI</b> RG: <b>000960</b>

**Justificativa da Internação**

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*paciente com dor e edema importante no membro inferior direito*

21 - Condições que justificam a internação:

*M. Silva*  
Dr. Henrique Vitor Vasquez - 2-1021-1  
RPM 105190193-2 / Mat. 11450-9  
Cidade do Setor do Arquivo Técnico

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

*Exame físico*

23 - Diagnóstico Inicial: \_\_\_\_\_      24 - Cid Princ.: \_\_\_\_\_      25 - Cid Sec.: \_\_\_\_\_      26 - Cid C. Ass.: \_\_\_\_\_

**Procedimento Solicitado**

3 - Cod. Procéd.    27 - Procedimento Solicitado: \_\_\_\_\_

29 - Clínica: POSTO II	30 - Caráter: <b>02</b>	Ident.: <b>1</b>	31 - Documento: CPF	32 - Doc. Med. Solic. <b>65265396491</b>	<p style="color: blue; font-size: 1.2em;"><b>Dr. Ferdinand Freitas</b> Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Ombro e Cotovelo CRM-PI 3096 - TCC-11020 25 - An. Cad. 11020</p>
33 - Nome Profissional / Assistente <b>EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR</b>			34 - Data de Solicitação: <b>08/11/2017</b>		

**Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)**

36 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	42 - Nº. Bilhete	41 - Sone
37 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito - Espora	40 - CNPJ Empresa	43 - CNAE - Empresa	44 - CROR
38 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho - Trabalho			

45 - Vínculo com a Previdência:  Empregado     Empregador     Autônomo     Desempregado

**Autorização**

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="margin: 0;"><b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT</b></p> <p style="margin: 0; color: red; font-weight: bold;">CONTEUDO NÃO VERIFICADO!</p> <p style="margin: 5px 0 0 0; font-size: 1.2em;">12 MAR 2018</p> <p style="margin: 0;"><b>GENTE SEGURADORA S/A</b></p> <p style="margin: 0; font-size: 0.8em;">Rua Coelho de Resende 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470</p> </div>
48 - Documento	49 - Num. Documento	

MARCUS GONCALVES MURRES DE MORAES  
Assessor de Auditoria - DR. A/SMS  
CRM-PI 974 - CPF: 220.030.106-53  
CNS: 2038339/1240003

*Francisca Rosa Silva - 15/12/12*

**Polícia Militar do Piauí  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

**FOLHA DE INTERNAÇÃO**

29/5/17

<b>INTERNOU-SE NO HOSPITAL</b> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<b>FICHA DE PRONTUÁRIO</b>			03/11/2017
<b>IDEM OUTROS HOSPITAIS</b> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Nome: EDILSON HIGINO DE ANDRADE		Pront: 308143	
<b>CLÍNICA</b>		Nasco: 16/10/1952 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO		
<b>Médico Assistente</b>		Atendimento: 497798	Enfermaria: POSTO II	ENF 204 LEITO	Leito: 204
<b>Permanência</b>		Mãe: JOANA PEREIRA DE ANDRADE SOUSA			
<b>CLÍNICA</b>		RG: 505650			
<b>Residência</b>		Rua PROJETADA N.º 1 Cep: 64270970			
<b>Barro: CENTRO</b>		Cidade: CAPITAO DE CAMPOS			
<b>Telefone: 65-32474064</b>					

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

*paciente em tratamento cirúrgico*

**DIAGNÓSTICO**

Provisório	CID
Principal	CID
Procedimento	
Síndromas e Sinais Principais	Causa Médica
Histórico - Patológico	

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT**

CONTEUDO NAO VERIFICADO

**TRATAMENTO**

Tipo	Terapêutica Médica	Operação	Data
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico		1 2 MAR 2018	

**GENTE SEGURADORA S.A.**  
 Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002-77

**DURAÇÃO**

Data/Hora de Internação 08/11/2017 12:11:02	Data da Alta 12/11/17	Data da Internatização 08/11/17
--	--------------------------	------------------------------------

**ALTA**

<b>Saída</b> <input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório	<b>Transferência</b> <input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros	<b>Óbito</b> <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação
--	--	--	--

Assinatura: **Dr. Ferdinand Freitas**  
 Ortopedia e Traumatologia  
 Cirurgia do Ombro e Cotovelo  
 CRM-PI 3096 - TDDT-11020

[Assinatura]  
 RGM 105198193-2 / Mat. 1445-9  
 Cidelo do Setor do Arquivo Técnico



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nº DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_  
CÓD DA CIRURGIA: \_\_\_\_\_

Descrição da Cirurgia:

Real em 01/03/2018  
paralela / asseptica /  
antisseptica / cefepim  
necessário / difere  
necessário / fixado  
inferior / cefepim  
ultra-ondas / parafila

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2018  
Giovanni J. Lima  
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA  
CRIMATOLOGIA  
SEGUROADORA S.A.  
R. Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

Cirurgia: Fratura tíbia distal (4)

Cirurgião: Giovanni

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: Renato

Circulante: Carlo

RGPM 105138193-7 / Mat. 11455 7  
Cidade do Setor de Arquivos



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 30/03/2018  
Nº DO PRONTUÁRIO: 264125 SALA 01  
CÓD DA CIRURGIA: 07.03.050-0

NOME: Paulo Sérgio Moura de Andrade Idade: 5h Sexo: M ASA: I  
PROCEDIMENTO: Ampliação do hemisfério esquerdo Anest. V. 0,5% de Lidocaína Apt/Enf e Coloc: 06.01.07  
CIRURGIÃO: Roberto AUX: Roberta ANEST: V. 0,5% de Lidocaína ANESTESIA: Roberto  
INSTR: Roberto CIRC: Roberto INICIO: 11:35 FIM: 12:30 SALA: 01  
P.A. FC PESO: 4 Hto: 80 Glicemia: 80 Creatina: 0,8 Respir: 12



Técnica Anestésica: Intubação  
Comentários Adicionais: Não houve problemas

MONITORIAÇÃO  
 ECG  Oxímetro   
 PAM  Espirográfo   
 PANI  PVC

Medicamento	Unidade	Quantidade	Unidade	Quantidade	Unidade	Quantidade
Oxigênio	l	1	N2O	l		
Ar Medic.	l					

Medicamentos Utilizados					
Adrenalina	Amp	Dolantina	Amp	Midazolam	Fr
Água dest. 10ml	Amp	Droperidol	Amp	Metrobitalolol	Fr
Atropina	Amp	Efortil	Amp	Neocaina P.a 0,5%	Amp
Bextra	Amp	Efredim	Amp	Narcan	Amp
Bromoprida	Amp	Enflurano	ml	Novabupr 0,5%	Fr
Cefazolina 1g	Fr	Fentanil	ml	Nubain	Amp
Cefatolina	Fr	Fentanil (S/C)	Amp	Neocaina 5%	V Fr
Ciprofloxacina	Fr	Halotano	ml	Neocaina 0,5% isobar	Amp
Clonidin	Amp	Hidrocortisona	ml	Neostigmina	Amp
colalde ( )	Fr	Isulfurano	ml	Omeprazol	Fr
Dexametazona	Amp	Jetran	ml	ONDASISTONA	Amp
Lidocaina	Amp	Lidocaina	V Fr	Poliss Cel	Fr
Dimorf	mg Amp	Metoclopramida	Amp	Pancuronio	Amp
Dipirona	Amp	Manitol	Fr	Profend	Fr
				Propofol	ml Amp
				Ranitidina	Amp
				Gaslicor	Fr
				Quetamina	ml
				Remifentanyl	Fr
				Ringer-lactado	Fr
				S. Fisiolog. 0,9%	ml Fr
				S. Glicosado 5%	ml Fr
				Scalp nº	Und
				Taxol	Amp
				Tilatil	Fr
				Tiopental	Fr

Anestesiologista - CRM

Márcio de S. Pires Neto  
Anestesiologista  
CRM - 1060

COOPANEST PI  
CNPJ 01.408.415/0001-61  
ANESTESISTAS



**BOLETIM DE CIRURGIA**

DATA: 11/03/2019  
Nº DO PRONTUÁRIO: 8163  
CÓD DA CIRURGIA: 26.22.01.00

**Descrição da Cirurgia:**

1. Lesão do ligamento lateral do ombro.  
2. Lesão do ligamento anterior do ombro.  
3. Lesão do ligamento posterior do ombro.  
4. Lesão do ligamento transverso do ombro.  
5. Lesão do ligamento coracoclavicular.  
6. Lesão do ligamento coracoacromial.  
7. Lesão do ligamento coracohumeral.  
8. Lesão do ligamento coracosternal.  
9. Lesão do ligamento coracovertebral.  
10. Lesão do ligamento coracocostal.

Cirurgia: *Artroscopia do ombro*  
Cirurgião: *D. Fernando*  
1º Auxiliar:  
2º Auxiliar:  
3º Auxiliar:  
Instrumentador:  
Circulante:

**Dr. Ferdinand Freita**  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Ombro e Cotovelo  
CRM-01 3096 - TEOT-11020

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO**  
11 MAR 2019  
**GENTE SEGURADORA S.A.**  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

*[Handwritten signature]*  
PISPA 105120193-2 / Mat. 154.009  
Já da Setor do Arquivo Técnico

**Marcos Danilo S. Mesquita**  
Téc em Enfermagem  
RF 4-01 108.7276





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

**Nº ORDEM.....:** 79664

**NOME.....:** EDILSON HIGINO DE ANDRADE

**MÉDICO SOLIC:** GIOVANNI JOSE DE LIMA E SILVA

**DATA LAUDO...:** 04/12/2017

**CONVÊNIO:** INTERNO

**DATA REALIZ:** 01/12/2017

**IDADE:** 55 anos

**CRM:** 1729-PI

**CÓDIGO:** 27365

**RX TORNOZELO ESQUERDO**

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Fratura na extremidade distal da tibia fixada com placa e parafusos metálicos.
- Fratura no maléolo fibular.
- Espaço articular tibiotalar reduzido.
- Calcificação na inserção do tendão de Aquiles.
- Aumento de partes moles.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

**Controle ortopédico.**

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
12 MAR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP- 64.002470

Av. Hgno Cunha, 1642 - Itintas - Teresina/PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-8255  
Fax (86) 3216-1520

REGISTRO EM SEU NOME  
REGIM 105190190-2 / Mat. 14455-9  
Cf. de do Setor do Arquivo Técnico



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

**Nº ORDEM.....:** 796641  
**NOME.....:** EDILSON HIGINO DE ANDRADE  
**MÉDICO SOLIC:** GIOVANNI JOSE DE LIMA E SILVA  
**DATA LAUDO...:** 04/12/2017  
**CONVÊNIO:** INTERNO

**DATA REALIZ:** 01/12/2017  
**IDADE:** 55 anos  
**CRM:** 1729-PI  
**CÓDIGO:** 27365

**RX PERNA ESQUERDA**

O estudo radiológico da perna esquerda realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Fratura na extremidade distal da tíbia fixada com placa e parafusos metálicos.
- Fratura no maléolo fibular.
- Espaço articular tíbio-talar reduzido.
- Calcificação na inserção do tendão de Aquiles.
- Aumento de partes moles.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

**Controle pós operatório.**

*Ivan Fontenele Gomes*  
**IVAN FONTENELE GOMES**  
**CRM-2426-PI**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

Av. Higinio Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina-PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

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

*[Handwritten signature]*  
GENTE SEGURADORA S.A.  
RUA COELHO DE RESENDE, 465 LOJA C  
CENTRO - NORTE CEP: 64.002470



PEDIDO: 77407  
PACIENTE: EDILSON HIGINO DE ANDRADE  
NOME DA MÃE: JOANA PEREIRA DE ANDRADE SOUSA  
DATA DO NASCIMENTO: 16/10/1962  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 14/11/2017  
DATA DO LAUDO: 20/11/2017  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

### **RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Controle pós-operatório de osteossíntese na diáfise distal da tíbia com fixação ortopédica externa.

Redução difusa da densidade mineral óssea.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

\*Correlacionar com dados clínicos.



**NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA**  
CRM: 3326



**PEDIDO:** 77407  
**PACIENTE:** EDILSON HIGINO DE ANDRADE  
**NOME DA MÃE:** JOANA PEREIRA DE ANDRADE SOUSA  
**DATA DO NASCIMENTO:** 16/10/1962  
**MÉDICO SOLICITANTE:** CRM  
**DATA DA REALIZAÇÃO:** 14/11/2017  
**DATA DO LAUDO:** 20/11/2017  
**CONVÊNIO:** SUS - INTERNACAO

### **RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Controle pós-operatório de osteossíntese na diáfise distal da tibia com fixação ortopédica externa.

Redução difusa da densidade mineral óssea.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

\*Correlacionar com dados clínicos.

*Assinado*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
Condição Setor do Arquivo Técnico

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 MAR. 2019

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

*Nayra Virginia S. Costa*  
CRM-PI 3326

**NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA**  
CRM: 3326



PEDIDO: 76629  
PACIENTE: EDILSON HIGINO DE ANDRADE  
NOME DA MÃE: JOANA PEREIRA DE ANDRADE SOUSA  
DATA DO NASCIMENTO: 16/10/1962  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 08/11/2017  
DATA DO LAUDO: 16/11/2017  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

**RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Fratura completa, desalinhada, comunutiva na tibia distal, com extensão articular.

Tala gessada.

Obs.:

\*Extremidades dos ossos da perna com avaliação prejudicada.

*Nayra Virginia S. Costa*  
Lta. Patrícia Viana Costa - 11/03/18  
MPM 105190193-2 / Mat. 11422-9  
Cidade do Setor do Arquivo Técnico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
12 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

*Nayra Virginia S. Costa*  
CRM-PI 3326

**NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA**  
CRM: 3326

RISCO CIRÚRGICO CLÍNICO-CARDIOLÓGICO

20  
1  
3

1. IDENTIFICAÇÃO: Francisco José Lima de Azevedo IDADE: 55 SEXO M (F) DATA: 11/11/12

2. CIRURGIA PROPOSTA: CP-704022

3. REVISÃO / ANTECEDENTES (S/N)

1. Cirurgia Anterior (-) 2. AVC (-) 3. Alergia Respiratória (-) 4. Alergia Medicamentosa (-)  
 5. Diabetes (-) 6. Dça. Art. Coron. (-) 7. ICC (-) 8. Dça. Pulm. (-) 9. HAS (-) 10. IAM (-) 11. Asma (-)  
 12. DPOC (-) 13. T.B. (-) 14. Fumo (-) 15. Reumatismo (-) 16. Dça. de Chagas (-) 17. Uso Medic (-)  
 18. DUAP (-) 19. Dça Renal (-) 20. Anemia (-) 21. Dist. Cong. (-) 22. Outros (-)

COMENTÁRIOS: Daplolet

4. EXAME FÍSICO - IMPRESSÃO GERAL

a) ESTADO GERAL: Bom (-) Regular (-) Precário (-) 2. Dispneico (-) 3. Ictérico (-) 4. Cianótico (-)

5. Mucosas Descoradas (-) 6. Edema (-) 7. PVJ Elevada (-)

b) Aparelho respiratório - Expansibilidade: + MV: + FTV: +

Ruidos Adverteços: SIM (-) NÃO (+)

c) Aparelho circulatório: PA 130 X 80 mmHg Pulsos: 70 FC: 70

Inspeção e palpação: + Ausculta: RC: + Bulhas: +

Sopros: + Outros achados: + MMII: +

d) Abdômen - Pele:

5. INDICES DE REPERÊNCIA

a) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO (DETSKY, 1986)

10	Infarto agudo do miocárdio nos últimos 6m	5	Edema pulmonar no passado
5	Infarto agudo do miocárdio há mais de 6m	5	Estenose aórtica crítica
10	Angina classe III (CCS*), limitação importante de atividades físicas diárias	5	ECG recente com ritmo não-sinusal ou extra-sístole atrial
20	Angina classe IV (CCS), angina nos mínimos esforços ou repouso	5	ECG com mais de 5 extra-sístoles ventriculares no passado
10	Angina instável nos últimos 6m	5	Estado geral precário
10	Edema pulmonar na última semana	10	Idade > 70 anos
			Cirurgia de emergência

< 15 pts. Baixo risco de complicações  
 > 15 pts. Alto risco de complicações

\* CCS: Canadian Cardiovascular Society

CONCLUSÃO:

b) NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA)

- CLASSE I - Ind. com dça. cardíaca sem limitação da atividade física  
 CLASSE II - Ind. com dça. cardíaca com pequena limitação da atividade física  
 CLASSE III - Ind. com dça. cardíaca com importante limitação da atividade física  
 CLASSE IV - Ind. com dça. cardíaca e incapaz de fazer atividade física

CONCLUSÃO:

c) AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY (ASA)

- ASA I - Ind. Saudável  
 ASA II - Ind. com dça. sistêmica discreta  
 ASA III - Ind. com dça. sistêmica grave / limitaç ativ / não incapacitante  
 ASA IV - Moribundo; sem esperança de sobrevivência p/24h cl ou cl cirurgia

CONCLUSÃO:

d) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO - GOLDMAN E COL. (1997)

1. HISTÓRIA (a) Ind. + 70 anos (3pt) (b) IAM prévio (10pt)  
 2. EX. FÍSICO (a) Galope ou estase jugular (11pt) (b) Estenose imp (3pt)  
 3. ECG (a) Ritmo não sinusal / BAP (7pt) (b) BVP + Smin (3pt)  
 4. ESTADO GERAL: PaO2 < 60 / PaCO2 > 50 / K < 3 / Creatin > 3 / TGO > 10

INDICE: GRUPO I (0-5pt) complic. não fatal 0.7% fatal 0.2%

GRUPO II (6-12pt)	5%	2%
GRUPO III (13-25pt)	11%	2%
GRUPO IV (+25pt)	22%	56%

CONCLUSÃO:

EXAMES

1. Hb/Ht/Ptq: 90/13/3  
 2. Leuco/BU/Seg: 5/0/0  
 3. Glicose: 94  
 4. Ur/Cr: 27/1.0  
 5. TS/TG: 1.3/1.0  
 6. TGO/TGP:  
 7. Tropon/CKmb:  
 8. ECG: ppp  
 9. Urina-I:  
 10. ECO 2D:  
 U-son:  
 RX Tórax:  
 TC/RNM:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 MAR 2013

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

Dr. Francisco José Lima  
 CARDIOPNEUMOLOGISTA - FISIOLÓGICO

215 Avenida Vasco da Gama, 1111  
 CEP: 105198193-2 / Mat. 114957  
 Cofre do Setor do Anest. 102404



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 74081  
ATENDIMENTO: 497798  
PACIENTE: EDILSON HIGINO DE ANDRADE  
DATA DO NASCIMENTO: 16/10/1962  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO  
MEDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR  
POSTO: POSTO II ENF: 204 LEITO: 03

DATA: 09/11/2017

SEXO: M  
IDADE: 55a 0m 25d

**HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LAB**

**ERITROGRAMA:**

Hemácias.....: 4,43 milhões/mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina.....: 13,70g/dl  
Hematócrito.....: 40,0%

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.....: 5.900mil/mm<sup>3</sup>

Valores Referências  
4.000 - 10.000

Bastões.....:  
Segmentados.....: 56  
Eosinófilos.....: 2  
Basófilos.....:  
Linfócitos.....: 41  
Monócitos.....: 1  
Metamielócitos.....:  
Mielócitos.....:

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

OBS:

Plaquetas.....: 234.000mm<sup>3</sup>

100.000 mm<sup>3</sup> a 400.000 mm<sup>3</sup>

OBS:

Método: Impedância/Difrações

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO  
CAP. QOQM-FARMAC. BIOQUIMICO  
CRF-PI 243

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUIMICO  
CRF-PI 292





PEDIDO 74081  
ATENDIMENTO:497798  
PACIENTE: EDILSON HIGINO DE ANDRADE  
DATA DO NASCIMENTO: 16/10/1962  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO  
MEDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR  
POSTO:POSTO II ENF:204 LEITO:

DATA:09/11/2017

SEXO: M  
IDADE: 55a 0m 25d

### COAGULOGRAMA

Material: Sangue

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

Tempo de Coagulação.....: 10,00 min.  
Metodo:Lee-White 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:** 74081  
**ATENDIMENTO:** 497798  
**PACIENTE:** EDILSON HIGINO DE ANDRADE  
**DATA DO NASCIMENTO:** 16/10/1962  
**CONVÊNIO:** SUS - INTERNACAO  
**MEDICO:** EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR  
**POSTO:** POSTO II ENF:204 LEITO

**DATA:** 09/11/2017

**SEXO:** M  
**IDADE:** 55a 0m 25d

**CREATININA** ..... **1,0 mg/dl**

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

**UREIA** ..... **28 mg/dl**

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

**GLICOSE** ..... **94 mg/dl**

Material: Soro      Método: Enzimático      Valores de Referência:  
70 a 99 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



PEDIDO 75576  
ATENDIMENTO:497798  
PACIENTE EDILSON HIGINO DE ANDRADE  
DATA DO NASCIMENTO: 16/10/1962  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO  
MEDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR  
POSTO:POSTO II ENF:204 LEITO:

DATA:22/11/2017

SEXO: M  
IDADE: 55a 1m 7d

### HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LAB

#### ERITROGRAMA:

Hemácias.....: 4,13 milhões/mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina.....: 12,30g/dl  
Hematócrito.....: 38,0%

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.....: 6.300mil/mm<sup>3</sup>

#### Valores Referências

4.000 - 10.000

Bastões.....:  
Segmentados.....: 53  
Eosinófilos.....: 3  
Basófilos.....:  
Linfócitos.....: 43  
Monócitos.....: 1  
Plasmacitócitos.....:  
Mielócitos.....:

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

OBS: DISCRETA HIPOCROMIA

Plaquetas.....: 400.000mm<sup>3</sup>

100.000 mm<sup>3</sup> a 400.000  
mm<sup>3</sup>

OBS:

Metodo: Impedância/Difracções

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

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUIMICO  
CRF-PI 292

HAROLDO L. S. S. V.  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF-PI 0985

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
12 MAR. 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Cont. N.º 0800-000000  
CNPJ: 07.444.159/0002-25



PEDIDO: 75576  
ATENDIMENTO: 497798  
PACIENTE: EDILSON HIGINO DE ANDRADE  
DATA DO NASCIMENTO: 16/10/1962  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO  
MEDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR  
POSTO: POSTO II ENF: 204 LEITO:

DATA: 22/11/2017

SEXO: M  
IDADE: 55a 1m 7d

### COAGULOGRAMA

Material: Sangue

Tempo de Sangria.....: 2,00 min.

Método: Duke Normal: 1,0 a 4,0 Minutos

Tempo de Coagulação.....: 10,00 min.

Método: Lee-White Normal: Até 12 Minutos

Prova do Laço.....: NEGATIVA

Normal: Negativo

RETRAÇÃO DO COAGULO.....: TOTAL

FRANCISCO DAS NEVES 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: 75576  
ATENDIMENTO: 497798  
PACIENTE: EDILSON HIGINO DE ANDRADE  
DATA DO NASCIMENTO: 16/10/1962  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO  
MEDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR  
POSTO: POSTO II ENF: 204 LEITO:

DATA: 22/11/2017

SEXO: M  
IDADE: 55a 1m 7d

**CREATININA** ..... **0,8 mg/dl**  
Material: Soro      Método: Enzimático      Valores de Referência:  
De 0,4 a 1,4 mg/dl

**UREIA** ..... **31 mg/dl**  
Material: Soro      Método: Enzimático      Valor de Referência:  
15 a 40 mg/dl

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

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUIMICO  
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF-PI 0985

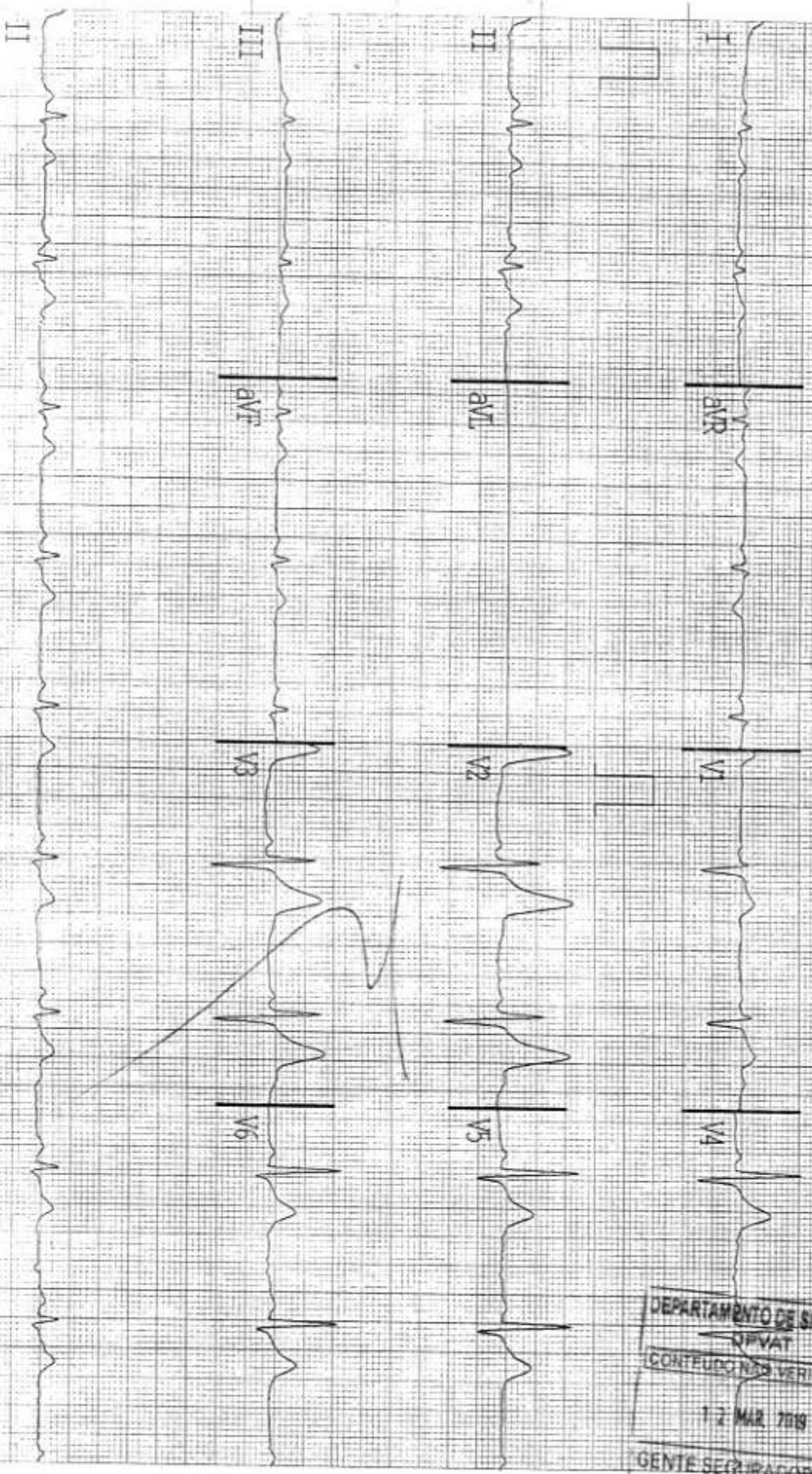


ID : 06  
Name : EDILSON ANDRADE PR, int. 148 ms  
Age : 55 yrs. Sex : MAS QRS dur. : 100 ms  
H : 0cm W : 0kg QT/QTc : 416/406 ms  
P-R-T axes : 60:60:59

\*\*\* Analysis Result \*\*\*  
Indicantia Sinusal (HR: 50-59)  
Voltagem Baixa (Derivações dos Membros)  
Eixo Normal  
\*\*\* Eixo pode estar incorreto devido a baixa voltagem  
(Alterações Mínimas ou Variação Normal do ECG)  
\*\*\* Comment \*\*\*

PACIENTE : EDILSON HIGINO DE ANDRADE  
DATA NASCIMENTO : 16/10/1962  
MEDICO SOLICITANTE : DR. JOSÉ ANTONIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
12 MAR 2018  
GENTE SEGURO S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470



0-1Hz-40Hz, AC 50Hz, EMG

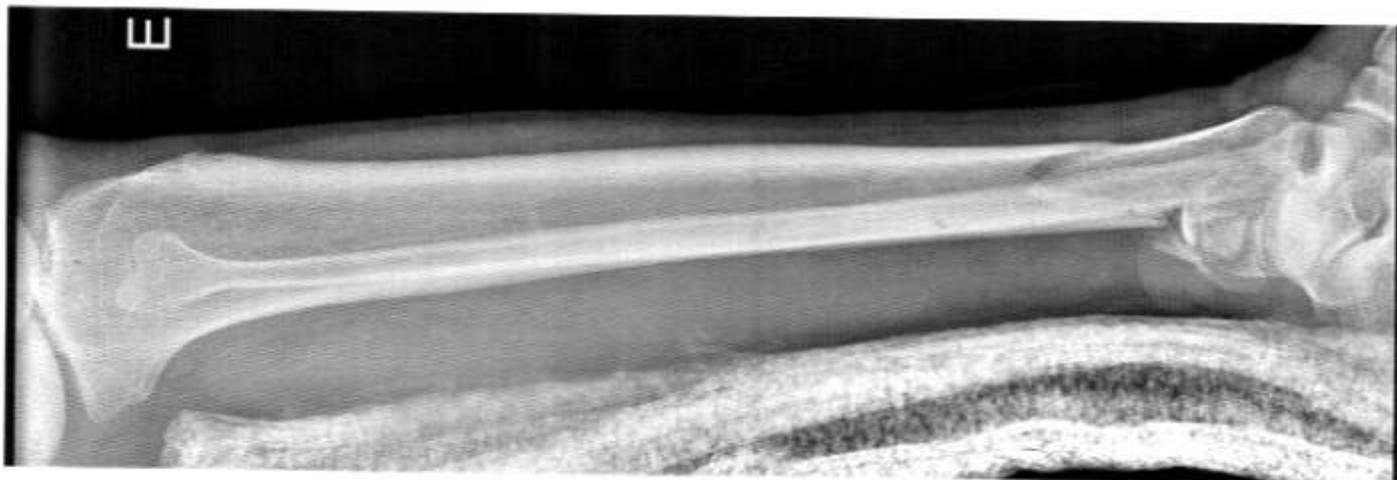
All Channels: 10mm/mV 25.0mm/sec

BMS Plus - EKG Viewer

Bionet Co., Ltd

Confirmed by :

204/03



*Handwritten signature*  
 Nº 105190193-2 / Mat. 114559  
 C/da do Setor do Arquivo Técnico

Exame: 08/11/2017 Hora: 17:33



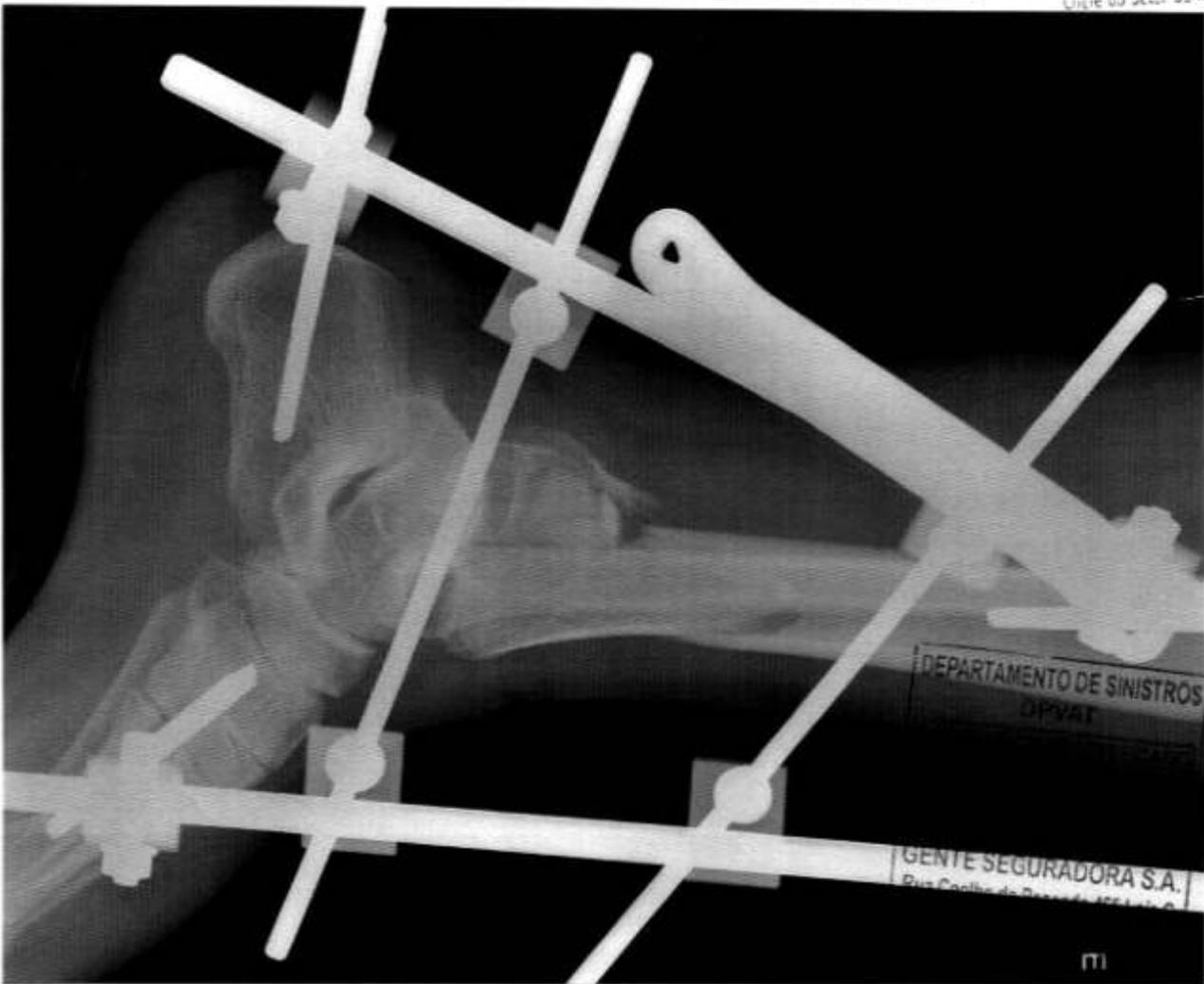
HPMP1  
 EDILSON HIGINO DE ANDRADE  
 Idade: 066Y  
 Sexo: M

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
 12 MAR. 2019  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002470

WC: 490  
 WW: 907



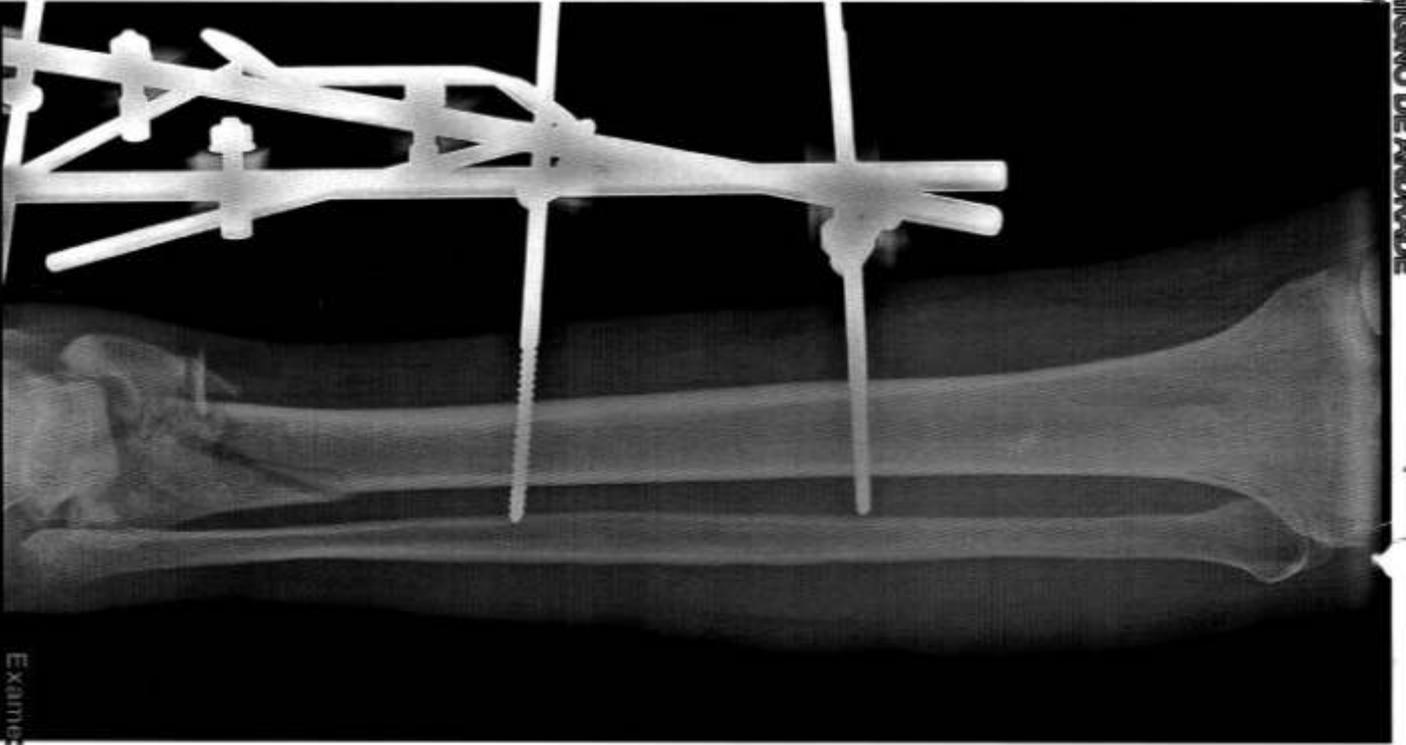
*Ball...*  
Luis Henrique Vitor...  
RISPM 105190193-2 / Mat. 11425 9  
Unidade do Setor do Arquivo Técnico



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Sousa, 155 - 13011-000

HIPAPI  
EDILSON HIGIANO DE AMARAL  
Idade: 055Y  
Sexo: M

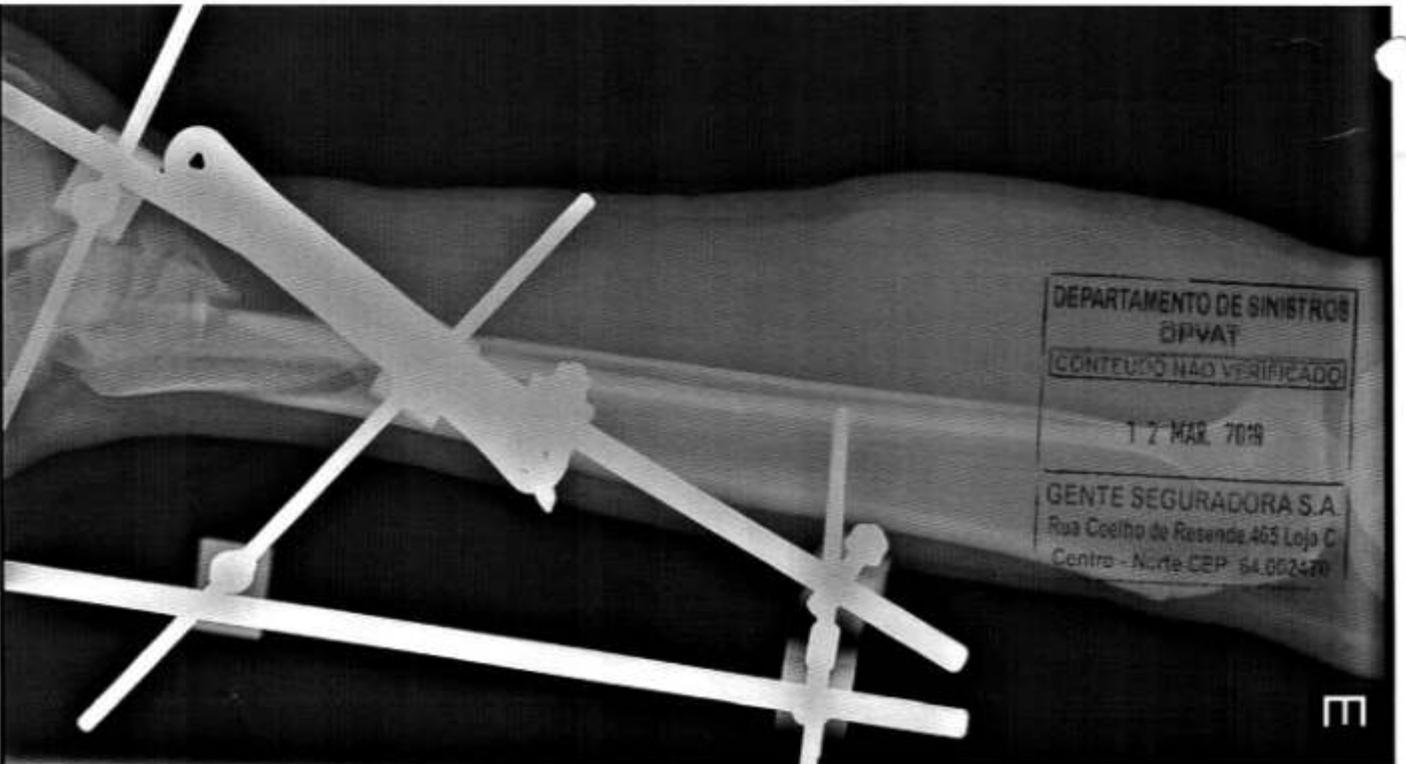
C: 040  
N: 1413



EXAME: 14/11/2017 Hora: 10:30

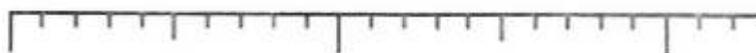
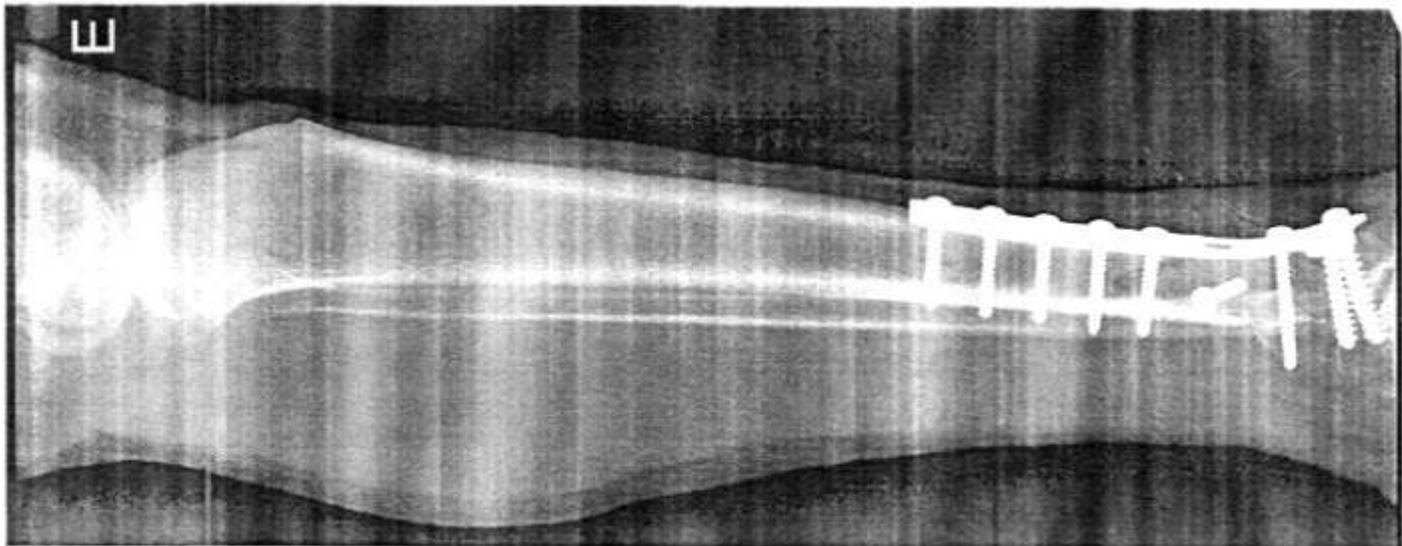
Gaúss

*[Handwritten signature]*  
Instituto de Diagnóstico e Referência Epidemiológicos - INDEPA  
R. GPM 105190193-2 / Mat. 14455 9  
Cidade do Setor do Arquivo Técnico

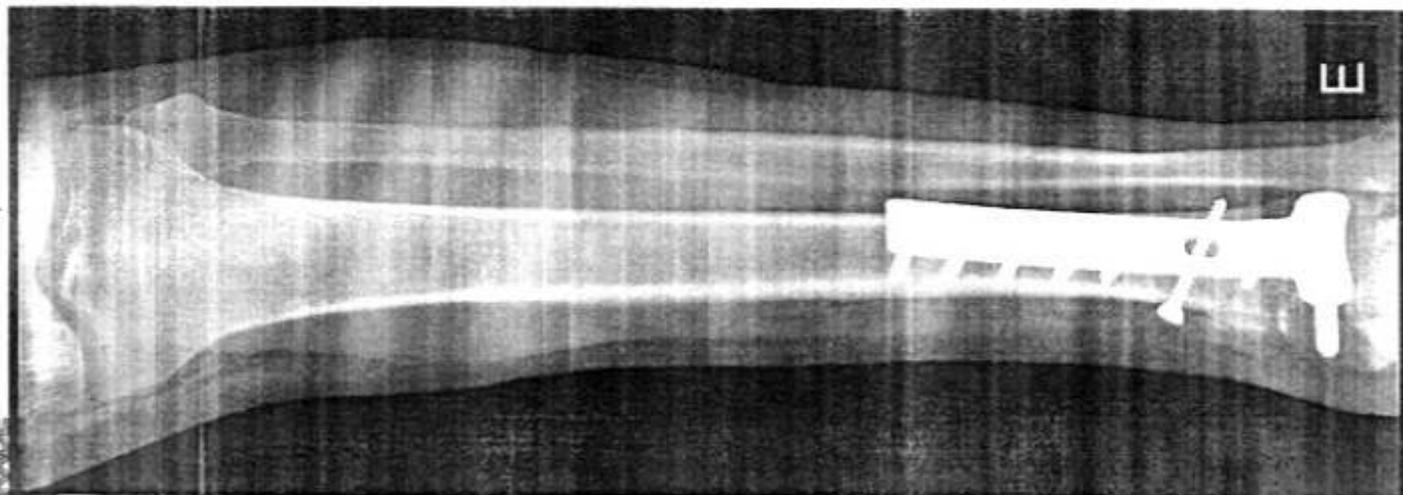


DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
17 MAR 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.062470

E



Guaxé  
Eman: 01/12/2017 Hora: 10:12



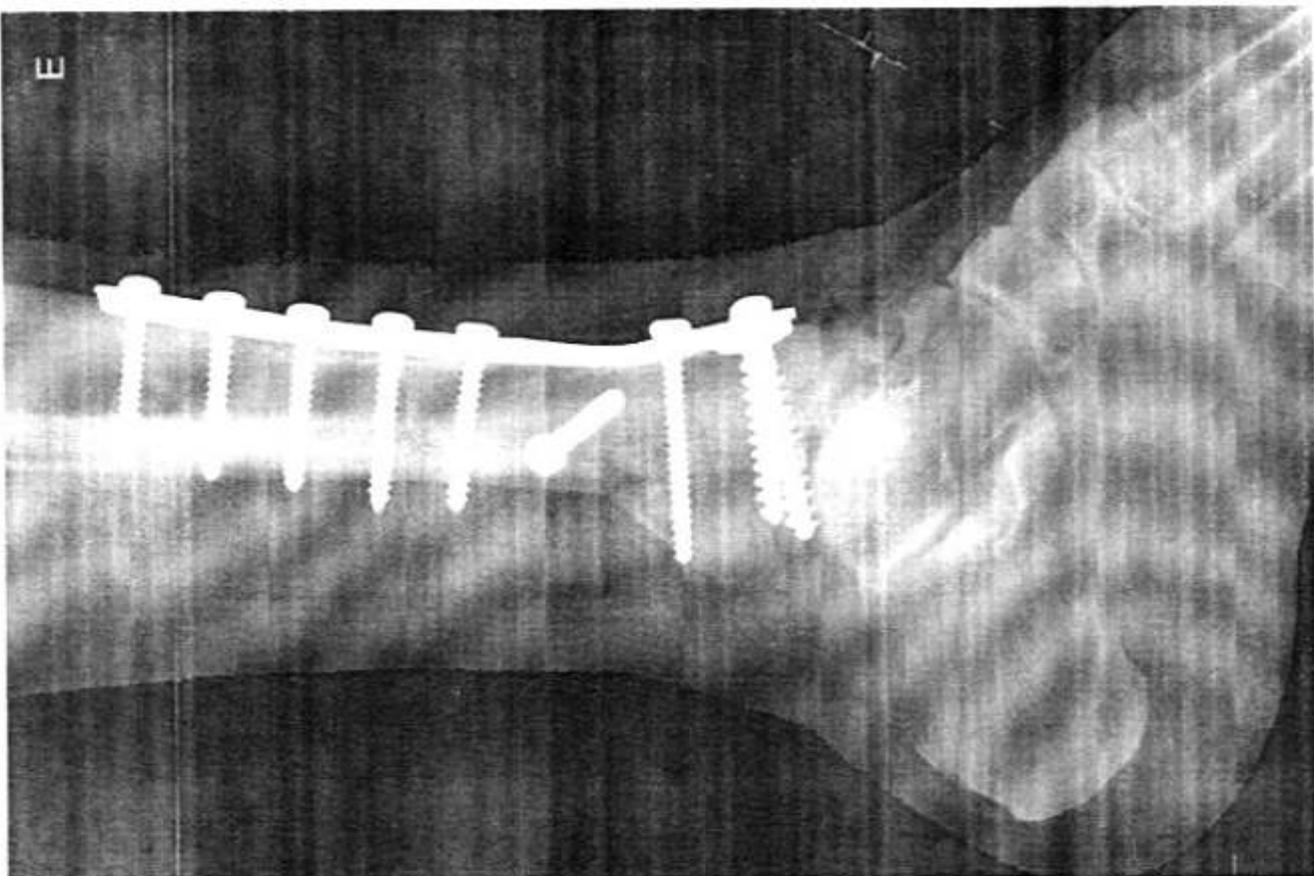
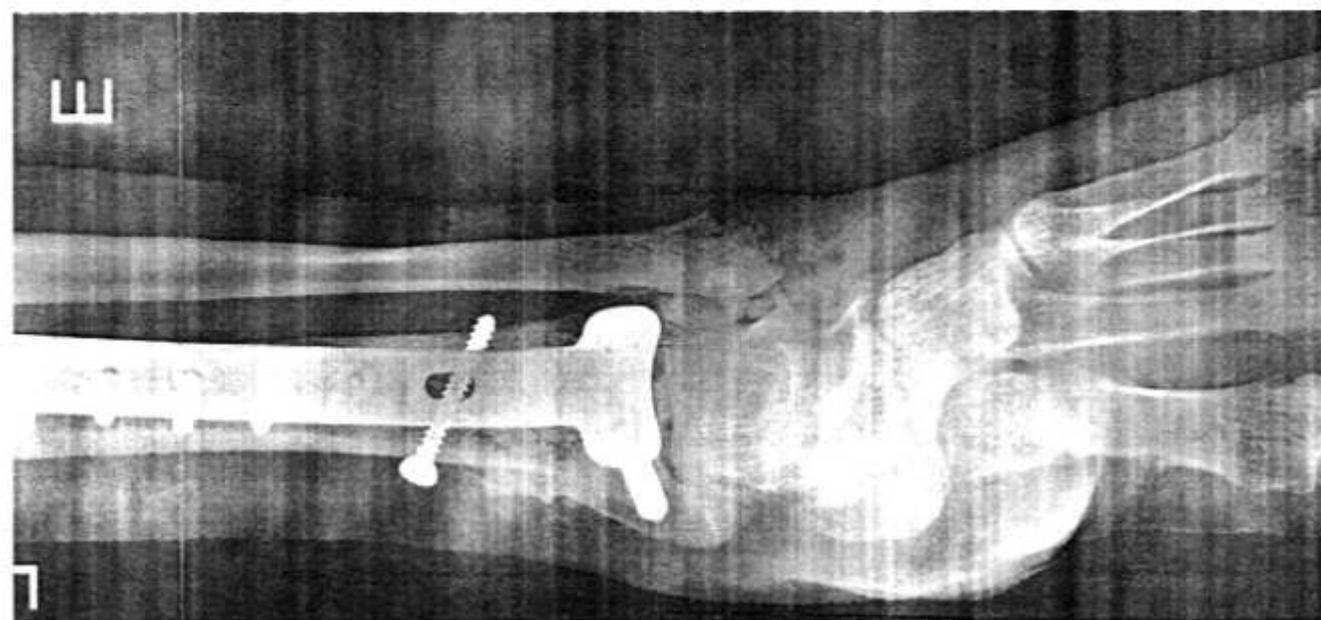
HPM/PI  
EDILSON MIGINO DE ANDRADE  
Idade: 055Y  
Sexo: M

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
12 MAR. 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

*[Handwritten Signature]*  
Lido Henrique V. de A. dos R. de M. T. de A.  
CPF: 105190193-2 / Mat. 11405-9  
Unidade do Setor do Arquivo Técnico

WC: 400  
WW: 867

MP/MP/PI  
EDILSON HIGINIO DE ANDRADE  
Módulo: 085Y  
Sessão: M



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 MAR. 2019

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

*[Handwritten signature]*  
CNPJ 07.040.888/0001-90  
RPM 105138193-2 / Mat. 1140519  
Unidade do Setor do Arquivo Técnico

Guest  
Exame: 01/12/2017 Hora: 10:13

WC: 448  
WW: 914