

Controle de d: x Mensagens x Controle de d: x Audiências x Consulta proc: x 0800029-08.2019.8.18.0088 x Baixar o arqui: x (41) WhatsApp: x

tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listAutosDigitais.seam?idProcesso=180211&ca=0c88450dd3d8f3ef3478fc14b385dad48659...

Apps SISTEMAS Google Publicações Lista de leitura

ProceComCiv 0800029-08.2019.8.18.0088  
EDILSON HIGINO DE ANDRADE X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO S...

18447022 - Petição (2784607 JUNTADA DE DOCS 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - POLO PASSIVO - ADVOGADO em 19/07/2021 10:02:42

19 Jul 2021

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO
  - 18447021 - Petição
    - 18447022 - Petição (2784607 JUNTADA DE DOCS 01)
      - 18447026 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2784607 JUNTADA DE DOCS Anexo 02)

16 Jul 2021

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO
  - 18407689 - Petição
    - 18407691 - Petição (2784607 PETICAO DE PROVAS 01)

13 Jul 2021

- EXPEDIÇÃO DE OUTROS DOCUMENTOS.
  - 18294064 - Intimação

downloadBinario.seam 1 / 2 90%

**2784607- C3/ 2021-00246/ INVALIDEZ**

  
JOÃO BARBOSA  
ADVOCADOS ASSOCIADOS

**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAPITAO DE CAMPOS/PI**

Processo n.º 0800029082019180088

PT 10:03 19/07/2021



Número: **0800029-08.2019.8.18.0088**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Capitão de Campos**

Última distribuição : **04/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                    |                         |
|------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------|-------------------------|
| EDILSON HIGINO DE ANDRADE (AUTOR)                          |                    | REGINALDO OLIVEIRA DE SOUSA (ADVOGADO)           |                         |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    | EDNAN SOARES COUTINHO (ADVOGADO)                 |                         |
| Documentos                                                 |                    |                                                  |                         |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                        | Tipo                    |
| 18447021                                                   | 19/07/2021 10:02   | <a href="#">Petição</a>                          | Petição                 |
| 18447022                                                   | 19/07/2021 10:02   | <a href="#">2784607_JUNTADA_DE_DOCS_01</a>       | Petição                 |
| 18447026                                                   | 19/07/2021 10:02   | <a href="#">2784607_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02</a> | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |

SEGUE EM ANEXO JUNTADA DE DOCUMENTOS.



**2784607- C3/ 2021-00246/ INVALIDEZ**



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAPITAO DE CAMPOS/PI**

Processo n.º 08000290820198180088

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDILSON HIGINO DE ANDRADE**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CAPITAO DE CAMPOS, 16 de julho de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PI 10201**

**EDNAN SOARES COUTINHO**  
**1841 - OAB/PI**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 19/07/2021 10:02:40  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071910023978700000017405297>  
Número do documento: 21071910023978700000017405297

Num. 18447022 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 19/07/2021 10:02:40  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071910023978700000017405297>  
Número do documento: 21071910023978700000017405297

Num. 18447022 - Pág. 2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: REGINALDO OLIVEIRA DE SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR: 1851803 SSP PI

CPF: 831.127.743-53 DATA NASCIMENTO: 26/07/1960

PLACAO: ANTONIO GOMES DE SOUSA

MARIA DE JESUS OLIVEIRA SOUSA

PERMISSAO: ☒ COND. ☒ ACC: ☒ CAT: ☒ AD

Nº REGISTRO: 94921505765 VALEZ: 24/10/2019 T. HABILITACAO: 15/04/2010

OBSERVAÇÕES:

*Reginaldo Oliveira de Sousa*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: PIRIPIRI DATA DE EMISSAO: 03/11/2014

*Ednan Soares Coutinho*  
SANTO ANTONIO DO LITORAL  
DETRAN PI (PI-PAU)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1010531006

PRIMEIRO PLASTIFICAR

1010531006

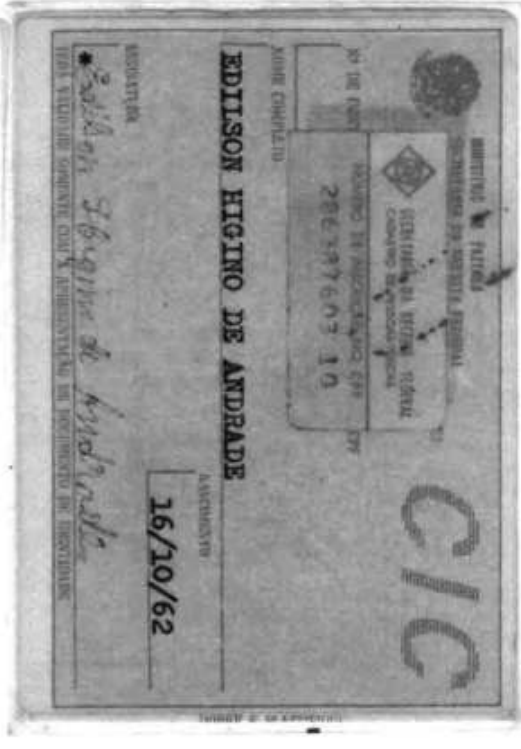
DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 MAR 2019

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





|                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT                                                          |
| CONTEUDO NÃO VERIFICADO                                                                     |
| 12 MAR. 7619                                                                                |
| GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C<br>Centro - Norte CEP: 64.002470 |







**Fatura Mensal**

**166990-7** Hidrômetro **Y10M529329** **DEZ/2018**

**Nome/Razão Social/Endereço**  
 EDILSON HIGINO DE ANDRADE  
 RUA PROJETADA 19, S/N  
 CENTRO  
 CAPITAO DE CAMPOS 64270000 **AG 163**

**Situação** **3/1** **Res.** **1** **Categoria de Uso** **21.1.01.0561.0705-0000** **Inscrição**  
**28/11/2018** **28/12/2018** **30**

| Mês/Ano | Histórico de Consumo | Consumo | Diária |
|---------|----------------------|---------|--------|
| 06/18   | 1256                 | 10      | 0      |
| 07/18   | 1271                 | 15      | 0      |
| 08/18   | 1286                 | 15      | 0      |
| 09/18   | 1306                 | 20      | 0      |
| 10/18   | 1323                 | 17      | 0      |
| 11/18   | 1341                 | 18      | 0      |
| 12/18   | 1353                 | 12      | 0      |

**Forma de Pagamento**  
**FATURADO P/ CONSUMO NORMAL**

**Cód. Responsável** **905764170** **Código de Tarifa** **01**

**Consumo Médio** **15** **Consumo Fixo Água** **12** **Consumo Fixo Esgoto** **12**

**Valor (R\$)**  
 Valor do Serviço **39,44**  
 MANUTENCAO HIDROMETRO **1,90**

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

| Parâmetros                          | Turbidez | Cor  | Cloro | PH      | Ferro | Cálcio | Escherichia Coli |
|-------------------------------------|----------|------|-------|---------|-------|--------|------------------|
| Valor Máximo Permitido              | 5,0      | 10   | 5,0   | 6,5-8,5 | 0,5   | 1000   | 0                |
| MP Máximo de Amostragem Grátis      |          |      |       |         |       |        |                  |
| MP Amostragem Realizada             |          |      |       |         |       |        |                  |
| MP Amostragem que Atende Legislação |          |      |       |         |       |        |                  |
| Valor Médio                         | 3,70     | 1,00 | 7,05  | 0,00    | 0,00  |        |                  |

**Observações:** PROCEDE A MANUTENÇÃO DO HIDRÔMETRO E DO EQUIPAMENTO DE MONITORAMENTO.

**Atenção:** 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. O LIXO COLETADO PELA AGESPISA 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 Ancha  
**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**  
 Nome completo: Edilson Higino de Ancha CPF: 286.387.603-10  
 Profissão: Faz. Agrop. Cuiabá Endereço: Rua Princesa 19 Número: 514 Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: Centro Cidade: Capitão de Campos Estado: PI CEP: 64.270-000  
 E-mail: reginaldoachd2016@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:**  
☐ RECURSO 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 de indenização. Declaro, ainda, que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.  
 12 MAR. 2019  
 AGENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Comendador Rodolfo de Azevedo, 466 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
 Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_  
 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, 11/03/19  
 Nome: Edilson Higino de Ancha  
 CPF: 286.387.603-10  
 (Assinatura de quem assina A ROGO)  
Edilson Higino de Ancha  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Reginaldo A. de Souza  
 Assinatura do Representante Legal (se houver)  
 Assinatura do Procurador (se houver)  
**TESTEMUNHAS**  
 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 2ª 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.**

ENC 001 V001/2018



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

( ) Obstetrícia (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: Jeane 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: Tratado por médico de nível 1  
com + exames e diagnósticos em fevereiro (0)  
HD: Fratura distal do fêmur direito

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

Tax: \_\_\_\_\_ °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: \_\_\_\_\_

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

|                                                                                             |                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <p>Dr. Felipe Verner Pagnoncelli<br/>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br/>CRM - PI 4427</p>        | DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT |
|                                                                                             | CONTEUDO NÃO VERIFICADO            |
|                                                                                             | 12 MAR. 2018                       |
| GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C<br>Centro - Norte CEP: 64.002470 |                                    |

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM  
Clínica/Posto: \_\_\_\_\_ Senha: 5017 1105 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  
Data: 05/11/2017  
Funcionario: GIZELDA

Registro: 64698  
Hora: 07:38:00  
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 clínico/físico:**

Paciente com dor no lado direito, glóbulos brancos e vermelhos aumentados, com dor no tornozelo esquerdo.

**Diagnóstico provável:**

trauma

**Medicação:**

Voltea 750 mg 1x  
2x por dia 21 dias

**Procedimentos/exames realizados:**

**Anotação de enfermagem**

SUTANAW

*[Handwritten signature]*

trauma por queda de 10m, com  
dor no lado direito  
trauma - fratura distal  
do: metacarpo

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

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

PROFISSIONAL

Assinado eletronicamente por: EDILSON REGINO DE ANDRADE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 19/07/2021 10:02:42  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071910024061100000017405301  
Número do documento: 21071910024061100000017405301



**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA**  
**DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL**  
**POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA 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<br>DPVAT                                                          |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO                                                                     |
| 12 MAR. 2019                                                                                |
| Agostinho Florindo de O. Filho<br>Chefe do Cartório<br>Mat: 039727-0                        |
| GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C<br>Centro - Norte CEP: 64.002470 |





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

---

Rio de Janeiro, 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 e 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

Pag. 00651/00652 - carta\_16 - INVALIDEZ



Carta nº 14935305





# 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 Ancha  
**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**  
 Nome completo: Edilson Higino de Ancha CPF: 286.387.603-10  
 Profissão: Fisco Agropecuário Rural Endereço: Parque 19 Número: 514 Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: Centro Cidade: Capitão de Campos Estado: PI CEP: 64.270-000  
 E-mail: reginaldoachd2016@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:**  
☐ RECURSO 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 ou não de invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
 Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_  
 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, 11/03/19  
 Nome: Edilson Higino de Ancha  
 CPF: 286.387.603-10  
 (Assinatura de quem assina A ROGO)  
Edilson Higino de Ancha  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Reginaldo A. de Souza  
 Assinatura do Representante Legal (se houver)  
 Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 2ª 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.**

ENC 001 V001/2018





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

Rio de Janeiro, 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,

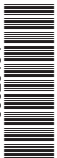
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14048514

Pag. 00927/00928 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020464







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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01087/01088 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050544



Carta nº 14050575



## 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

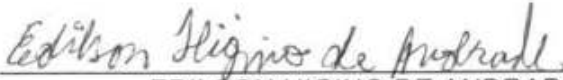
**OUTORGANTE:** EDILSON HIGINO DE ANDRADE, brasileiro, casado, Fiscal Agropecuário, portador do RG nº 505.950 SSP/PI e CPF sob o nº 286.387.603-10, residente e domiciliado na Rua Projetada 19, s/n, Centro, Capitão de Campos/PI, CEP 64.270-000.

**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 esaurimento 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

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PI 9020170248094 Nº 013227024828  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA 1 206360452 2018

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

07812549000120 N1J-8893

9C2KC1620AR030918

PAS/MOTOCICLO/NEENHUMA

ALCO/6ASOL

HONDA/CG150 TITAN N1X ES

2010 2010

002P/149CC

OFICIAL

CINZA

1ª IMUNE  
2ª  
3ª IPVA

SEGURO EGI PAGO OBRIGATORIO

SIN RESTRIÇÕES DE PORTE OBRIGATORIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSPORTE

TERESINA

27/6/2018

PI Nº 013227024828 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

07812549000120 N1J-8893

HONDA/CG150 TITAN N1X ES

2010 09

9C2KC1620AR030918

PRÊMIO TARIFARIO

81,29 9,03 90,32

4,15 0,00 184,80

26/06/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

0800 0222 1204

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
12 MAR. 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.062-270



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: 10:20 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 Higino de Andrade

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

Mãe: Joana 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: Família com história de hipertensão

doença + doença hipertensão em família

HD: Frontal lobo de 11/11/11

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
- ( ) Aspiração
- ( ) Medicação (especificar) \_\_\_\_\_
- ( ) Curativo
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

|                                                                                 |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>Dr. Felipe Verner Pagnoncelli<br>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>CRM - PI 4427 | DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br>12 MAR. 2018               |
|                                                                                 | GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C<br>Centro - Norte CEP: 64.002470 |

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM  
Clínica/Posto: \_\_\_\_\_ Senha: 2017 1105 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  
Data: 05/11/2017  
Funcionario: GIZELDA

Registro: 64698  
Hora: 07:38:00  
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

Responsavel: 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 lado direito, glóbulos brancos e vermelhos aumentados, com dor no ombro esquerdo

**Diagnóstico provável:**

trauma

**Medicação:**

Volteran 750 mg  
2-3x ao dia

**Procedimentos/exames realizados:**

**Anotação de enfermagem**

SUTANAW

*[Handwritten signature]*

fratura por queda de 10m, com  
dor no lado direito  
fratura de tíbia distal  
col: interna

Dr. Felipe Vitor Pagnoncelli  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 4421

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT.  
CONTEÚDO 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



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES  
AV. DR. PADUA MENDES, 300  
PIRIPIRI/PI

Nº AIH

GIZELDA

## 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: CAPITAL DE CAMPOS

Escolaridade: Médico: 4427 - FELIPE VERNER PAGNONCELLI

CPF: RG: 505950 C/N: CNS: 700501178859959

Endereço: RUA PROJETADA, Nº 0 - CEP: 64270-000

Bairro: VILA DA PAZ

Cidade: 2202406- CAPITAL DE CAMPOS/PI Profissão: AGROPECUARISTA

Telefone: ( ) -

Pai:

Mãe: JOANA PEREIRA DE ANDRADE SOUSA

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

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Frad. Felipe Aulao

### Resultado

☐  
☐  
☐  
☐

Curado  
Melhorado  
Inalterado  
Piorado

☐  
☐  
☐  
☐

Removido  
Pedido  
Evasão  
Indisciplina

☐  
☐  
☐

-48 Horas  
+48 Horas  
Obito

Transferido

### História Clínica

Tram. por queda de rob  
com dor no tórax

Diagnóstico Provável

Frad. Felipe Aulao



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

PROFISSIONAL







Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

2 - CNES

2777746

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

4 - CNES

2777746

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

EDILSON HIGINO DE ANDRADE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

64698

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700501178859959

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/10/1962

9 - SEXO

Masculino ☒ 1

Feminino ☐ 2

10 - NOME DA MÃE

JOANA PEREIRA DE ANDRADE SOUSA

11 - TELEFONE DE CONTATO

( ) -

12 - ENDEREÇO

RUA PROJETADA, 0 - VILA DA PAZ

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPITAO DE CAMPOS

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2202406

15 - UF

PI

16 - CEP

64270-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

trauma por queda de moto, no dia  
em 15/20  
Fratura fêmur direita

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

O quadro de

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Radiografia de fêmur + RX + CT

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de fêmur

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura de fêmur

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

67190303307

CLÍNICA MÉDICA

URGÊNCIA

( ) CNS (x) CPF

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

05/11/2017

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Felipe Verner Pagnoncelli

Dr. Felipe Verner Pagnoncelli

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-PI 4477

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

TIAGO DOS SANTOS SILVA

44 - Cód. Órgão Emissor

M230350101

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS (x) CPF

01471547310

47 - DATA DA

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

RECEBUE DE INTERNAÇÃO HOSP

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

12 MAR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002.470





HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO

64260-000, PIRIPIRI/PI

CNPJ: 06553564000480

TELEFONE: (86) 3276-3362

SUS

PACIENTE: 1010328-EDILSON HIGINIO DE ANDRADE

IDADE: 55 Anos

ADMISSÃO: 05/11/2017

DIAS INTERNADO: 1

ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA

LEITO: CM0706

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

06/11/2017 - 08:43:52

DIETA LIVRE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML SISTEMA

FECHADO

RANITIDINA 50MG/ML 2ML

CETOPROFENO 100MG FRASCO

DIPRONA 1G AMP

TRAMADOL, CLORIDRATO 50MG/ML 2ML

METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO DE 10MG/ML SN

2ML - PLASIL

SSVV + CCGG

1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)

1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)

1,00 FRA ENDOVENOSA (EV)

1,00 UN ENDOVENOSA (EV)

1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)

1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)

12/12H

12/12H

12/12H

06/06H

08/08H

08/08H

DILUIR EM 100 ML SF 0,9%

DILUIR EM 100 ML SF 0,9%

Dr. SOARES PA: 130 x 20mm  
T = 36,6°C  
Sinal Extra

Dr. SOARES PA: 130 x 20mm Hg  
Rabapim  
P = 65 bpm

AS: 20:00 hrs = 55 bpm, 120/80  
CM: 110/80, Tax 36°C, SpO2 = 98%  
96 bpm, 120/80, Tax 36°C, SpO2 = 98%  
M: 120/80, Tax 36°C, SpO2 = 98%

Dr. José Carlos de A. Mendes  
Ortodontologia / Traumatologia  
CRM PI 3537

COREN-PI 17.112

Dr. SOARES PA: 130 x 20mm Hg  
T = 36,6°C - TBC: 36,6°C

PROFISSIONAL

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



HOSPITAL REGIONAL  
AV. DR. PADUA NEVES  
64260-000, MIRASSOL  
CNPJ: 06553564000480  
TELEFONE: (86) 3275-3390  
RUA DO BOM FIM, 100 DE ANDARA-AC

Pág. 1  
761.999/130613 (Expirando)

PACIENTE: 1010328-EDILSON MAGINO 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                                        | 1,00 AMP | ENDOVENOSA (EV) | 12/12H |
|----------------------------------------------------|----------|-----------------|--------|
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML SISTEMA                | 1,00 AMP | ENDOVENOSA (EV) | 12/12H |
| FECHADO                                            | 1,00 AMP | ENDOVENOSA (EV) | 12/12H |
| RANITIDINA 50MG/ML 2ML                             | 1,00 FRA | ENDOVENOSA (EV) | 12/12H |
| CETOPROFENO 100MG FRASCO                           | 1,00 UN  | ENDOVENOSA (EV) | 06/08H |
| DIPIRONA 1G AMP                                    | 1,00 AMP | ENDOVENOSA (EV) | 08/08H |
| 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 |

SSVV + CCGG

8:30 20:30  
8:30 20:30  
8:30 14:30  
14:00 06:00

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  
CRITÉRIA E TRAMITAÇÃO  
CRM-PA 427

PROFISSIONAL

JPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH

**HOSPITAL RES**  
**DR. PADIL LARIN, D. 300 CENTRO**  
**000-000, PUERTO RICO**  
**TELEPHONE: (86) 3276-3362**

PACIENTE: I010328-EDILSON HIGINO DE ANDRADE

ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA  
LEITO:CM0706

IDADE: 55 Anos

ADMISSÃO: 05/11/2017

SUS

DIAS INTERNADO: 3

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

08/11/2017 - 07:56:03

DIETA LIVRE

| SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML SISTEMA<br>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                      |
| DIFENORA 1G AMP                                       |  | 1,00 UN  | ENDOVENOSA (EV) | DILUIR EM 100 ML SF<br>0,9% |
| TRAMADOL, CLORIDRATO 50MG/ML 2ML                      |  | 1,00 AMP | ENDOVENOSA (EV) | DILUIR EM 100 ML SF<br>0,9% |
| METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO DE 10MG/ML<br>2ML - PLASIL |  | 1,00 AMP | ENDOVENOSA (EV) | 08/08H                      |

SSVV + CCGG

SSVV + CCGG

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

Dr. Felipe Verner Pagnoncelli  
COORDENADOR DO SERVIÇO DE ORTOPEDIA  
E TRAUMATOLOGIA JÚNIOR  
CRM - PJ 4427 PORTARIA 007/2016

PROFISSIONAL

**SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH**





HOSPITAL REGIONAL DE CARAGUATATUBA  
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO  
64260-000, PIRIPIRI/PI  
CNPJ: 06553564000480  
TELEFONE: (86) 3276-3362

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

07/11/2017 - 08:02:59

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

Ab. 14:40 P.A. 120x60 mmHg  
TAX 37°C; P 54 bpm; R 16 rpm  
A.O. 18,5 kg

Inana Darc da Costa Oliveira  
ENFERMEIRA  
COREN PI 425.120

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

Ao 20:00hrs: SSVV: PA = 120x80 mm  
TAX = 37,3°C; FC = 71 bpm; PR = 19 rpm  
SpO2 = 93%; ACO. REC. em Quarentena -  
Zidene Sulfato 1mg  
COREN PI 425.120  
Enfermeira

Dr. Felipe Vetter Papinelli  
CRM 3.453  
Oft. 3.453

PROFISSIONAL

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: 16/10/2017 HORA: Nº DO TELEFONE: (86)99925-0506

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Regional Chagas Rodrigues MUNICIPIO: Piripiri

MÉDICO: Dr. Felipe Verner CRM: 4427

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetria ( ) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Psiquiatria ( ) Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Edilson Mígino de Andrade

Data do Nascimento: 16.10.1962 Idade: 55 Sexo: (X) Masculino ( ) Feminino

Mãe: Jucara 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 Farias

HDA: dor + trauma + lesões extensas em membros

HD: dor + trauma + lesões extensas em membros

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

Tax: °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:

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO 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

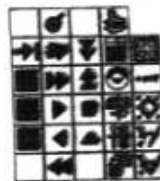
Hospital: APM Clínica/Posto: Senha: 2017.1105.37 715



05/11/2017

MS WEB  
KEDISON REGINO DE  
ANDRADE  
Data do  
Estado: 2017-11-05  
ID do Paciente: P5 64814  
ID do Estado: 25360  
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  
for apresentado(a) e dou fi  
Em 27/08/18

Sector de Arquivo Técnico

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  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
12 MAR. 2019

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

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

**Piauí**  
GOVERNO DO  
DESENVOLVIMENTO

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

**Saúde**  
Secretaria de Estado

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

  
Luis Henrique Vasconcelos Reis - 13/10/2017  
RGPM 105190193-2 / Mat. 144057  
Setor do Setor do Arquivo Técnico

|                                                                                                 |                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS ESPECIAL(AIS) | Nº LAUDO: 20155 --<br>AIH: 2217102403417 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                   |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM | CNES<br>2323451 |
| ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM  | CNES<br>2323451 |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                               |                                               |                                               |                                              |           |
|-------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------|
| CARTÃO SUS<br>700501178859959 | NOME DO PACIENTE<br>EDILSON HIGINO DE ANDRADE | NASCIMENTO<br>16/10/1962                      | PRONTUÁRIO<br>308163                         | SEXO<br>M |
| DOCUMENTO RG<br>505950        | TELEFONE<br>86994740644                       | NOME DA MÃE<br>JOANA PEREIRA DE ANDRADE SOUSA | RESPONSÁVEL<br>FRANCISCA ROSA SILVA ASSUNCAO |           |
| CEP<br>64270970               | ENDEREÇO (LOGRADOURO)<br>RUA PROJETADA        | NUMERO / LOTE<br>1                            |                                              |           |
| BAIRRO<br>CENTRO              | COMPLEMENTO                                   | MUNICÍPIO<br>CAPITAO DE CAMPOS                | UF<br>PI                                     |           |

### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

|                                                                                        |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL<br>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL | CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL<br>0408050543 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

|                                                                                                             |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR<br>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR | CÓDIGO<br>0408050578     |
| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA<br>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL           | CÓDIGO<br>0408050543     |
| DIAGNÓSTICO INICIAL<br>FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA                                               | CID 10 PRINCIPAL<br>S823 |
|                                                                                                             | CID 10 SECUNDARIO        |
|                                                                                                             | CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |

### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

FRATURA DO PILAO TIBIAL. NECESSARIO CIRURGIA.

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

|                                                                                 |                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br>FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO | ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)<br>Dr. Ferdinand Freitas<br>Ortopedia e Traumatologia<br>CRMPI 3096 - TEOT- 11020 |
| CNS SOLICITANTE<br>980016281689637                                              | DATA SOLICITAÇÃO<br>15/12/2017                                                                                                   |

### AUTORIZAÇÃO

|                                                                   |                                                |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR<br>JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES | ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) |
| CNS AUTORIZADOR<br>203833974930000                                | ORGAO EMISSOR<br>15/12/2017 10:29:32           |

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

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 19/07/2021 10:02:42  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071910024061100000017405301  
Número do documento: 21071910024061100000017405301

|                                                                |                    |
|----------------------------------------------------------------|--------------------|
| LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE<br>INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR | Nº LAUDO: 29155    |
|                                                                | AIH: 2217102403417 |

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                   |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM | CNES<br>2323451 |
| ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM  | CNES<br>2323451 |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                               |                                               |                                               |                                              |                      |
|-------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------|
| CARTÃO SUS<br>700501178859959 | NOME DO PACIENTE<br>EDILSON HUGINO DE ANDRADE | NASCIMENTO<br>16/10/1962                      | SEXO<br>M                                    | PRONTUÁRIO<br>708163 |
| DOCUMENTO<br>503950           | CPF<br>86994740644                            | NOME DA MÃE<br>JOANA PEREIRA DE ANDRADE SOUSA | RESPONSÁVEL<br>FRANCISCA ROSA SILVA ASSUNÇÃO |                      |
| CEP<br>64270970               | ENDEREÇO - LOGRADOURO                         |                                               | NÚMERO / LOTE<br>1                           |                      |
| BAIRRO<br>CENTRO              | COMPLEMENTO                                   | MUNICÍPIO<br>CAPITÃO DE CAMPOS                | UF<br>PI                                     |                      |

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br>DOR, EDEMA DEFORMIDADE EM TORNOZELHO ESQUERDO. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------|
| CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br>FRATURA DE TÍBIA DISTAL ESQUERDA |
|---------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|
| PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) |
|--------------------------------------------------------------------------------|

|                                                        |
|--------------------------------------------------------|
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO |
|--------------------------------------------------------|

|                                                                                         |                   |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|
| CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL<br>S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA | CID 10 SECUNDÁRIO | CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br>0408050543 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                      |                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LEITO/CLÍNICA<br>ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO) | PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)<br>EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR<br>CPF: 65265386491 CRM |
| CARÁTER<br>URGÊNCIA                                  | DATA SOLICITAÇÃO<br>08/11/2017                                                                                     |
| DATA ADMISSÃO<br>08/11/2017 12:11                    | DATA ALTA<br>30/11/2017 11:45                                                                                      |
| MOTIVO ALTA<br>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)<br>JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES<br>CPF: 62634832291 CRM                                                                                                                                                                                                                                                             | NOME DO PROFISSIONAL / PATRONO<br>AUDITORIA | DATA ANÁLISE: 15/12/2017 10:29:32 | CPF |
|                                       | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</b><br/> <b>CONTROLE AVALIAÇÃO /</b><br/> <b>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</b><br/> <b>12 MAR. 2019</b><br/> <b>GENTE SEGURADORA S.A.</b><br/> Rua Coelho de Resende, 455 Loja C<br/> Centro - Norte CEP: 64.002470<br/> FONE 105198193-2 / Mail: 1141239<br/> Cidade do Setor do Arquivo 110153 </div> |                                             |                                   |     |
| ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                             |                                   |     |



|                                                                    |                           |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b> | <b>Nº LAUDO: 29155</b>    |
|                                                                    | <b>AIH: 2217102526804</b> |

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                          |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b><br>HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - IFM | <b>CNES</b><br>2223451 |
| <b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b><br>HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - RPM  | <b>CNES</b><br>2223451 |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                      |                                                      |                                                      |                                                     |                              |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>CARTÃO SUS</b><br>700501178859959 | <b>NOME DO PACIENTE</b><br>EDILSON HIGINO DE ANDRADE | <b>NASCIMENTO</b><br>16/10/1962                      | <b>SEXO</b><br>M                                    | <b>PRONTUÁRIO</b><br>3081403 |
| <b>DOCUMENTO</b><br>505950           | <b>CPF</b><br>86994740644                            | <b>NOME DA MÃE</b><br>JOANA PEREIRA DE ANDRADE SOUSA | <b>RESPONSÁVEL</b><br>FRANCISCA ROSA SILVA ASSUNÇÃO |                              |
| <b>CEP</b><br>54270970               | <b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b>                         |                                                      | <b>NUMERO / LOTE</b><br>1                           |                              |
| <b>BAIRRO</b><br>CENTRO              | <b>COMPLEMENTO</b>                                   | <b>MUNICÍPIO</b><br>CAPITAO DE CAMPOS                | <b>UF</b><br>PI                                     |                              |

### LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b><br>DOR, EDEMA DEFORMIDADE EM TOINOZELO ESQUERDO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b><br>FRATURA DE TÍBIA DISTAL ESQUERDA |
|----------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                               |
|---------------------------------------------------------------|
| <b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b><br>ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO |
|---------------------------------------------------------------|

|                                                                                                |                          |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b><br>S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA | <b>CID 10 SECUNDÁRIO</b> | <b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b><br>0408050543 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                               |                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LEITO/CLÍNICA</b><br>ORTOPEDIATRIAUMATOLOGIA (MASCULINO)   | <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b><br>EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR<br>CPF: 65263386491 CRM: |
| <b>CARATER</b><br>URGENCIA                                    | <b>DATA SOLICITAÇÃO</b><br>08/11/2017                                                                                      |
| <b>DATA ADMISSÃO</b><br>08/11/2017 12:11                      | <b>DATA ALTA</b><br>01/12/2017 08:00                                                                                       |
| <b>MOTIVO ALTA</b><br>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><br>JOSE CARLOS DE OLIVEIRA COMES<br>CPF: 63434812361 CRM: | <b>NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b><br>AUDITORIA | <b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</b><br><b>DPVAT</b><br><b>CONTEUDO NÃO VERIFICADO</b><br><b>12 MAR. 2019</b><br>CRM: DATA ANALISE: |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                               |                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:</b> | <b>GENTE SEGURADORA S.A.</b><br>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C<br>Centro / Nono CEP: 64.002470<br>RGPM 105196193-2 / Mat. 11403 9<br>Chefe do Setor do Arquivo Técnico |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|





# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Nº. de Autorização de Internação Hospitalar (AHI)

## 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                              | 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                  | 19 - CEP:       | 64270-970     |
| 16 - Munic.: | CAPITAO DE CAMPOS              | 17 - Cod. IBGE: | 220240        |
|              |                                | 18 - UF:        | PI            |
|              |                                | RG:             | 50595-0       |

## Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Don e edema em perna

21 - Condições que justificam a internação:

nefroto - anuro

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

RX perna

23 - Diagnóstico Inicial:

ACONSELHAMENTO NAO ESPECIFICADO

## 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                                                 |           |
| 35 - Ass. Coord. Med. Solicitante   |                                                            |           |

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

|                                                                                                                           |                       |                    |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|------------|
| 36 - ( ) Acidente de Trânsito.                                                                                            | 39 - CNPJ Seguradora: | 42 - Nº. Bilhete   | 41 - Série |
| 37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.                                                                                     | 42 - CNPJ Empresa:    | 43 - CNAE, Empresa | 44 - CBOR. |
| 38 - ( ) Acidente de Trabalho Trajet.                                                                                     |                       |                    |            |
| 45 - Vínculo com a Previdência. ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Segurado ( ) Não Segurado. |                       |                    |            |

## Autorização

|                                                                                                 |                        |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador                                                           | 47 - Data Autorização: | 12 MAR 2019 |
| 48 - Documento                                                                                  | 49 - Num. Documento    |             |
| 51 - Assinatura Paciente ou Responsável:                                                        |                        |             |
| GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Coelho de Resende, 405 Loja C<br>Centro - Norte CEP: 64.002-470    |                        |             |
| Usuário: JEANE SILVA<br>Consultoria Local:<br>Consulta SUS: 2017110537715<br>Impressão: 9:57:22 |                        |             |





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                          |          |             |
|------------------------------------------|----------|-------------|
| 1 - Nome do estabelecimento solicitante: | 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                              | 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 CENTRO         | 19 - CEP:       | 64270-970     |
| 16 - Munic:  | CAPITAO DE CAMPOS              | 17 - Cod. IBGE: | 220240        |
|              |                                | 18 - UF:        | PI            |
|              |                                | RG:             | 50595-0       |

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Doi e edema em perna b*

21 - Condições que justificam a internação:

*necessite de amparo*

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

*Rx perna b*

23 - Diagnóstico Inicial: ACONSELHAMENTO NAO ESPECIFICADO

24 - Cid Princ.: Z719

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

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

Procedimento Solicitado

|                                     |                                                            |           |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------|
| 26 - 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 - Série |
| 37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.                                                                                       | 42 - CNPJ Empresa:    | 43 - CNAE, Empresa | 44 - CBOR  |
| 38 - ( ) Acidente de Trabalho Trajetos.                                                                                     |                       |                    |            |
| 45 - Vínculo com a Previdência. ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado. |                       |                    |            |

Autorização

|                                       |                        |
|---------------------------------------|------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador | 47 - Data Autorização: |
|                                       | DPVAT                  |
| 48 - Documento                        | 49 - Num. Documento    |
|                                       |                        |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 MAR 2019

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

ACPM 105190293 21 MAR 2019

GENTE SEGUROSA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470

Assinatura: JEANE SILVA

Assinatura Lm: \_\_\_\_\_

Assinatura SUS: 2917110637716

Impressão: 9:57:22





# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. de Autorização de Internação Hospitalar (AII)

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

## Identificação do Paciente

|                                                 |                                         |                                              |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|
| 5 - Nome: <b>EDILSON HIGINO DE ANDRADE</b>      |                                         | 6 - Prontuário: <b>308163</b>                |
| 7 - CNS: <b>700501178659959</b>                 | 8 - Nascimento: <b>16/10/1962 02:00</b> | 9 - Sexo: <b>M</b> CPF: <b>86-9.94740644</b> |
| 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> | 15 - Ender: <b>RUA PROJETADA</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>60695-0</b>        |

## Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Doença crônica, com sintomas de insuficiência cardíaca congestiva.*

21 - Condições que justificam a internação:

*Dependência de cuidados médicos.*

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

*Exames realizados em 08/11/2017.*

23 - Diagnóstico Inicial: *Insuficiência cardíaca congestiva*

24 - Cid Princ.: *502.00*

25 - Cid Sec.: *502.01*

26 - Cid C.Ass.: *502.02*

## Procedimento Solicitado

28 - Cor. Proced. 27 - Procedimento Solicitado: *502.00*

29 - Clínica: **POSTO II**

30 - Caracter.: **02**

Ident.: **1**

31 - Documento: **CPF 65265336491**

32 Doc. Med. Solic. **65265336491**

33 - Nome Profissional / Assistente: **EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR**

34 - Data de Solicitação: **08/11/2017**

Tempo SUS: **700**

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

|                                           |                       |                                |                         |
|-------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|-------------------------|
| 36 - ( ) Acidente de Trânsito.            | 39 - CNPJ Seguradora: | 42 - Nº. Bilhete: <b>DPVAT</b> | 41 - Série: <b>1102</b> |
| 37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.     | 40 - CNPJ Empresa:    | 43 - CNAE: Empresa             | 44 - CBUR:              |
| 38 - ( ) Acidente de Trabalho Excepcional |                       |                                |                         |

45 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado **1** Não Segurado

## Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador: *Francisca Rosa Silva Assunção*

47 - Data Autorização: **12 MAR 2018**

48 - Documento: **105198193-2 / Mat. 114537**

49 - Num. Documento: **105198193-2 / Mat. 114537**

50 - Assinatura do Profissional Autorizador: *Francisca Rosa Silva Assunção*

51 - Assinatura Responsável do Responsável:

52 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

53 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

54 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

55 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

56 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

57 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

58 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

59 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

60 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

61 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

62 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

63 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

64 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

65 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

66 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

67 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

68 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

69 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

70 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

71 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

72 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

73 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

74 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

75 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

76 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

77 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

78 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

79 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

80 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

81 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

82 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

83 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

84 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

85 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

86 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

87 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

88 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

89 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

90 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

91 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

92 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

93 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

94 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

95 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

96 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

97 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

98 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

99 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*

100 - Assinatura Responsável do Responsável: *Francisca Rosa Silva Assunção*





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

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

|                                                                                             |                            |                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| 1 - Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b> | 2 - CNES<br><b>2323451</b> | Atendimento<br><br><b>497798</b> |
| 3 - Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>  | 4 - CNES<br><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: <b>86-9.94740644</b> |
| 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 ASSUNÇÃO</b> | 19 - CEP: <b>64270-970</b>              |                                              |
| 15 - Ender: <b>RUA PROJETADA</b>                | 17 - Cod. IBGE: <b>220240</b>           | 18 - UF: <b>PI</b> RG: <b>5909660</b>        |
| 16 - Munic: <b>CAPITAO DE CAMPOS</b>            |                                         |                                              |

**Justificativa da Internação**

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*fratura de braço do lado direito com lesão importante no osso da mão*

21 - Condições que justificam a internação:

*fratura de braço do lado direito com lesão importante no osso da mão*

*M. Silva*  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

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

*Exame de radiografia de braço do lado direito*

23 - Diagnóstico Inicial: *fratura de braço do lado direito*

24 - Cid Princ.: *86.20.01.00*

25 - Cid Sec.: *86.20.01.00*

26 - Cid C. Ass.: *86.20.01.00*

**Procedimento Solicitado**

3 - Cod. Proced: *86.20.01.00*

27 - Procedimento Solicitado: *86.20.01.00*

29 - Clínica: **POSTO II**

30 - Carater.: **02**

Ident.: **1**

31 - Documento: **CPF 85265306491**

32 Doc. Med. Solic. **85265306491**

33 - Nome Profissional / Assistente: **EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR**

34 - Data de Solicitação: **08/11/2017**

**Dr. Ferdinand Freita**  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Ombro e Cotovelo  
CRM-PI 3096  
38 - Ass. Coord. **11020**

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

|                                                                                            |                      |                    |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------|-----------|
| 35 - ( ) Acidente de Trânsito                                                              | 39 - CNPJ Seguradora | 42 - Nº. Boleto    | 41 - Sene |
| 37 - ( ) Acidente de Trabalho Especial                                                     | 40 - CNPJ Empresa    | 43 - CNAE, Empresa | 44 - CROR |
| 38 - ( ) Acidente de Trabalho Trajetado                                                    |                      |                    |           |
| 45 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado |                      |                    |           |

**Autorização**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 47 - Data Autorização |
| 48 - Documento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 49 - Assin. Documento |
| <p align="center"><b>MARCUS GONCALVES MORAES</b><br/>Assessor de auditoria - DRECA/SMS<br/>CRM-PI 974 - CPF: 220.030.150 - 53<br/>CNS: 2038339/1240003</p> <p><i>Francisca Rosa Silva</i><br/><i>15/12/12</i></p>                                                                                                             |                       |
| <p align="center"><b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT</b><br/><b>CONTEUDO NÃO VERIFICADO</b><br/><b>12 MAR 2019</b><br/><b>GENTE SEGURADORA S.A.</b><br/>Rua Coelho de Resende 465 Loja C<br/>Centro - Norte CEP: 64.002-970<br/>JEANE SILVA<br/>Consultoria Local<br/>Consulta SUS: 2017115637216<br/>Impressão: 12/35/11</p> |                       |





Polícia Militar do Piauí  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

FOLHA DE INTERNAÇÃO

| INTERNOU-SE NO HOSPITAL                                                                                                                                                                                            |                              | FICHA DE PRONTUÁRIO                                                                                                                                                |                            | 03/11/2017                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SIM <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                       | NAO <input type="checkbox"/> | Nome: EDILSON HIGINO DE ANDRADE                                                                                                                                    |                            | Fone: 308143                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                  |
| IDEM OUTROS HOSPITAIS                                                                                                                                                                                              |                              | Nasc: 16/10/1982 Sexo: M                                                                                                                                           | Convênio: SUS - INTERNACAO |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |
| SIM <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                       | NAO <input type="checkbox"/> | Atendimento: 497798                                                                                                                                                | Enfermaria: POSTO II       | ENF 204 LEITO                                                                                                                                                                                                                                                                | Leito: 204                                                                                                                                                       |
| CLÍNICA                                                                                                                                                                                                            |                              | Pai:                                                                                                                                                               |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |
| Médico Assistente                                                                                                                                                                                                  |                              | Mãe: JOANA PEREIRA DE ANDRADE SOUSA                                                                                                                                |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |
| Permanência                                                                                                                                                                                                        |                              | RG: 505950                                                                                                                                                         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |
| CLÍNICA                                                                                                                                                                                                            |                              | Residência:                                                                                                                                                        |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                    |                              | RUA PROJETADA<br>Nº. 1<br>Cep: 64270970                                                                                                                            |                            | Bairro: CENTRO<br>Cidade: CAPITAO DE CAVI OZ<br>Telefone: 66 - 3247406-14                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                  |
| Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido                                                                                                                |                              |                                                                                                                                                                    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |
| <p><i>paciente com trauma de tornozelo e fratura de fêmur</i></p>                                                                                                                                                  |                              |                                                                                                                                                                    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                        |                              |                                                                                                                                                                    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |
| Provisório                                                                                                                                                                                                         |                              |                                                                                                                                                                    |                            | CID                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                  |
| Principal                                                                                                                                                                                                          |                              |                                                                                                                                                                    |                            | CID                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                  |
| Procedimento                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                                                                                                                                    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |
| Sintomas e Sinais Principais                                                                                                                                                                                       |                              |                                                                                                                                                                    |                            | Causa Médica                                                                                                                                                                                                                                                                 | Histo - Patológico                                                                                                                                               |
| <div>DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br/>DPVAT<br/>[CONTEUDO NÃO VERIFICADO]</div>                                                                                                                                       |                              |                                                                                                                                                                    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |
| TRATAMENTO                                                                                                                                                                                                         |                              |                                                                                                                                                                    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |
| Tipo                                                                                                                                                                                                               |                              | Terapêutica Médica                                                                                                                                                 |                            | Operação                                                                                                                                                                                                                                                                     | Eficácia                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma<br><input type="checkbox"/> Médico<br><input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia<br><input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico                                                   |                              |                                                                                                                                                                    |                            | 1-2 MAR. 2018                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Nenhuma<br><input type="checkbox"/> Médico<br><input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia<br><input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico |
| <div>GENTE SEGURADORA S.A.<br/>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C<br/>Centro - Norte CEP: 64.002-77</div>                                                                                                           |                              |                                                                                                                                                                    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |
| DURAÇÃO                                                                                                                                                                                                            |                              |                                                                                                                                                                    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |
| Data/Hora de Internação                                                                                                                                                                                            |                              | Data da Alta                                                                                                                                                       |                            | Data da Internatização                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                  |
| 09/11/2017 12:11:02                                                                                                                                                                                                |                              | 12/11/17                                                                                                                                                           |                            | 08/11/17                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                  |
| ALTA                                                                                                                                                                                                               |                              |                                                                                                                                                                    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |
| Saída                                                                                                                                                                                                              |                              | Transferência                                                                                                                                                      |                            | Óbito                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Curado<br><input checked="" type="checkbox"/> Melhorado<br><input type="checkbox"/> Inalterado<br><input type="checkbox"/> A Pedido<br><input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico |                              | <input type="checkbox"/> Divisão Médica<br><input type="checkbox"/> Por Indisciplina<br><input type="checkbox"/> Evasão<br><input type="checkbox"/> P. Ambulatório |                            | <input type="checkbox"/> Fisiologia<br><input type="checkbox"/> Psiquiatria<br><input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                    |                              |                                                                                                                                                                    |                            | <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico<br><input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico<br><input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas da internação |                                                                                                                                                                  |

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

RGPM 105198193-2 / Mat. 1405-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1250 - Fax: (86) 3216-1520  
CEP: 64014-090 - Teresina - PI - CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8





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



BOLETIM DE CIRURGIA

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

Descrição da Cirurgia:

Placa em 01 fôl. Raymundo  
passado / assepio  
antissepio / cecropol  
e ceto / distecido  
necesso / fixado  
inferno / ceto xio  
ultraido passado

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

32 MAR 2019  
Giovanni J. Lima  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRIBATZ / TRV  
Seguradora S.A.  
Rua de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Cirurgia: Fratura Lixa distal / 4

Cirurgião: Giovanni

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: Renato

Circulante: Carlo

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 19/07/2021 10:02:42  
RGPM 105182193-7 / Mat. 114559  
Cidade do Setor do Arquivo - 114559





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



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 09/07/2021  
Nº DO PRONTUÁRIO: 504125 SALA 01  
CÓD DA CIRURGIA: 01.23-05-F50-0

NOME: Paulo Sérgio Mota de Amorim Idade: 56 Sexo: M ASA: 2  
PROCEDIMENTO: Remoção de tumor da pele Apoiador e Litor: Dr. J. J. J.  
CIRURGIÃO: Dr. J. J. J. ALIX: Dr. J. J. J. ANEST: Dr. J. J. J. ANESTESIA: Ke. G. G.  
INSTR: Renato CIRC: Renato INICIO: 14:30 FIM: 15:30 SALA: 01  
P.A.: F.C. PESO: 70 Hto: 1,70 Glicemia: 100 E. optina: 100 Respir: 12





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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 11/03/2018  
Nº DO PRONTUÁRIO: 8163  
CÓD DA CIRURGIA: 3096

Descrição da Cirurgia:

1. Realizada a cirurgia de reparo da lesão do ligamento cruzado anterior do joelho direito, com o uso de enxerto autólogo de tendão do patela.

2. Realizada a cirurgia de reparo da lesão do ligamento cruzado posterior do joelho direito, com o uso de enxerto autólogo de tendão do patela.

3. Realizada a cirurgia de reparo da lesão do ligamento cruzado anterior do joelho esquerdo, com o uso de enxerto autólogo de tendão do patela.

4. Realizada a cirurgia de reparo da lesão do ligamento cruzado posterior do joelho esquerdo, com o uso de enxerto autólogo de tendão do patela.

Cirurgia: Fratura do fêmur do joelho direito  
Cirurgião: Dr. Ferdinand Freita  
1º Auxiliar:  
2º Auxiliar:  
3º Auxiliar:  
Instrumentador:  
Circulante:

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
12 MAR, 2018

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

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 19/07/2021 10:02:42  
http://tjpi.pje.jus.br:801g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071910024061100000017405301  
Número do documento: 21071910024061100000017405301

Marcos Danilo S. Mesquita  
Enfermagem  
CPF: 4-PI 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 tibio-talar reduzido.
- Calcificação na inserção do tendão de Aquiles.
- Aumento de partes moles.

### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

**Controle ortopédico.**

*Ivan Fontenele Gomes*

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

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

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

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

*Will*  
RGPM 105190193-2 / Mat. 14450-9  
Chefe 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 tibia fixada com placa e parafusos metálicos.
- Fratura no maléolo fibular.
- Espaço articular túbio-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, 2018                      |
| 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 07.444.159/0002-26

Telefone: (86) 3227-8265  
Fax (86) 3216-1820

*[Assinatura]*  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
HOSP 105198193-2 / Mat. 14455-9  
Fiche no Setor do Arquivo Técnico





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

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

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

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





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

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 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

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

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





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

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, comunitiva na tíbia distal, com extensão articular.

Tala gessada.

Obs.:

\*Extremidades dos ossos da perna com avaliação prejudicada.

*Assinado por*  
Luzinete Costa Costa  
RGPM 105198193-2 / Matr. 114025-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

|                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT                                                          |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO                                                                     |
| 12 MAR. 2018                                                                                |
| GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Coelho de Resende, 455 Loja C<br>Centro - Norte CEP: 64.002470 |

*Nayra Virginia S. Costa*  
CRM-PI 3326

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

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

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



# RISCO CIRÚRGICO CLÍNICO-CARDIOLÓGICO

1. IDENTIFICAÇÃO: Francisco Henrique de Almeida IDADE: 55 SEXO M DATA: 11/11/17

2. CIRURGIA PROPOSTA:

3. REVISÃO / ANTECEDENTES (S/N)

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

COMENTÁRIOS: Depressão

## 4. EXAME FÍSICO - IMPRESSÃO GERAL

a) ESTADO GERAL: Bom ( ) Regular ( ) Precário ( ) 2. Dispneico ( ) 3. Ictérico ( ) 4. Cianótico ( )  
5. Mucosas Descoradas ( ) 6. Edema ( ) 7. PVI Elevada ( )

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

Ruidos Adventícios: SIM ( ) NÃO ( )

c) Aparelho circulatório: PA: 120 X 80 mmHg Pulsos: 60 FC: 70

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

Sopros: + Outros achados: + MMII: +

d) Abdômen - Pelve: +

## 5. ÍNDICES DE REFERÊNCIA

### 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                                      | 20 | Estenose aórtica crítica                                  |
| 10 | Angina classe III (CCS*), limitação importante das 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 / limitação atv / não incapacitante  
ASA IV - Moribundo; sem esperança de sobrevivência p/24h c/ ou s/ cirurgia

### CONCLUSÃO:

### d) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO - GOLDMANE 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 + Smín  
4. ESTADO GERAL: PaO2 < 60 / PaCO2 > 50 / K < 3 / Creatin > 3 / TGO > 100 U/L  
anormal Insuf. Hepática / Ind. acamado

ÍNDICE: 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/Hu/Plaqt: 90/13/3  
2. Leuco/BU/Ser: 5/0/0  
3. Glicose: 94  
4. Ur/Cr: 22/1.0  
5. TS/TC: 1.3/1.0  
6. TGO/TGP: +  
7. Tropon/CKMb: +  
8. ECG: +  
9. Urina-I: +  
10. ECO 2D: +  
U-voim: +  
12. RX Tórax: +  
13. TC/RNM: +

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 MAR 2018

GENTÉ SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Dr. Francisco José Lima  
CARDIOLOGISTA - CLÍNICA GERAL





**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>  
Hemo gina.....: 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 MACHADO  
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO  
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUIMICO  
CRF-PI 292



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

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





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

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

Tempo de Coagulação.....: 10,00 min.  
Método:Lee-White Normal: Até 10 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

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

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







**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 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

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

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





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO 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  
Mielócitó.....:  
Mielócitos.....:

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

OBS:DISCRETA RIPOCROMIA

Plaquetas.....: 400.000mm/3

100.000 mm/3 a 400.000  
mm/3

OBS:

Método: Impedância/Difracções

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

RAULINO F.FERREIRA  
BIOQUIMICO  
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF-PI 0985



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

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





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 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 VIKAS MACEDO  
CAP. QOEM-FARMAC. BIOQUIMICO  
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUIMICO  
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF-PI 0985



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

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





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 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. QOEM-FARMAC. BIOQUIMICO  
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUIMICO  
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF-PI 0985



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

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



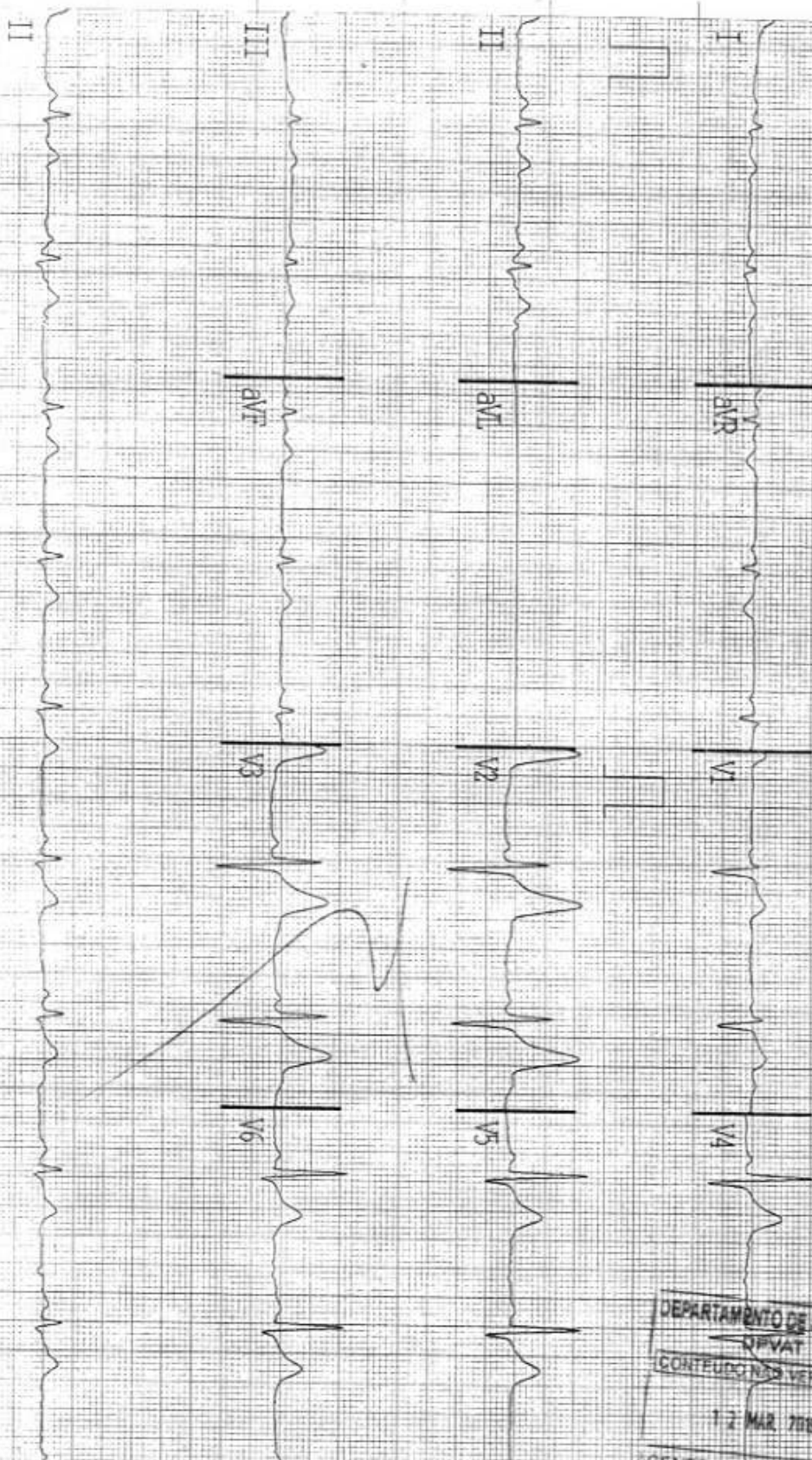
ID : 06  
 Name : EDILSON ANDRADE  
 Age : 55yrs, Sex : MAS  
 H : 0cm W : 0kg  
 Heart Rate : 58 bpm  
 QRS dur : 100 ms  
 QT/QTc : 416/406 ms  
 P-R-T axes : 50, 50, 59

\*\*\* Analysis Result \*\*\*  
 Indicador 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)  
 ... Comentário ...

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

Confirmed by :

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



0-12-40Hz, AC 50Hz, EMG.

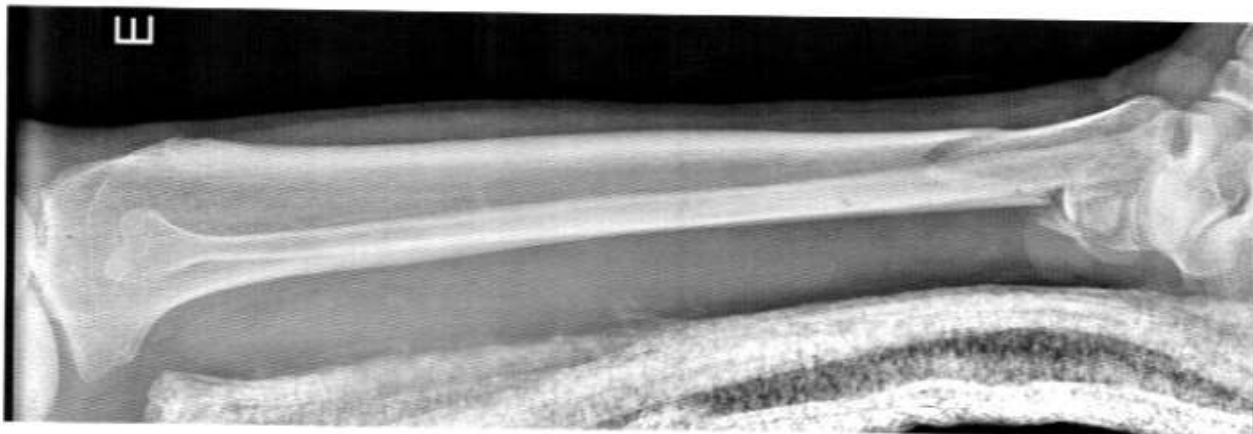
All Channels: 10mm/mV 25.0mm/sec

BMS Plus - EKG Viewer

Bionet Co., Ltd

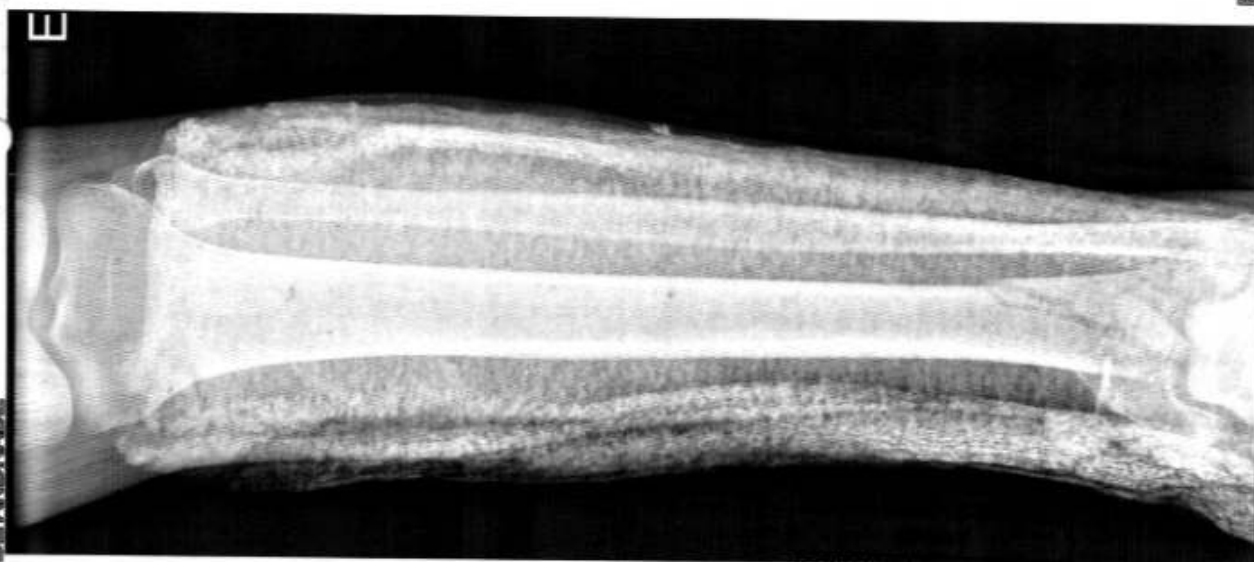


204/103



*Ednan Soares Coutinho*  
Gente Seguradora S.A.  
10519193-2 / Mat. 14455-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

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



IPMPE  
EDILSON HIGINO DE ANDRADE  
Indic: 065Y  
Jusoc: M

CONTEUDO NAO VERIFICADO  
1 2 MAR. 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

WC: 490  
WW: 907



HP-MPI  
EDILSON HIGINO DE ANDRADE  
Idade: 065Y  
Sexo: M



*Dr. Edilson Higino de Andrade*  
Linha Técnica: 105190193-2 / Mat. 11455 9  
Unidade do Setor do Arquivo Técnico



WCC: 1120  
WWW: 2001

Exame: 14/11/2017 Hora: 10:40

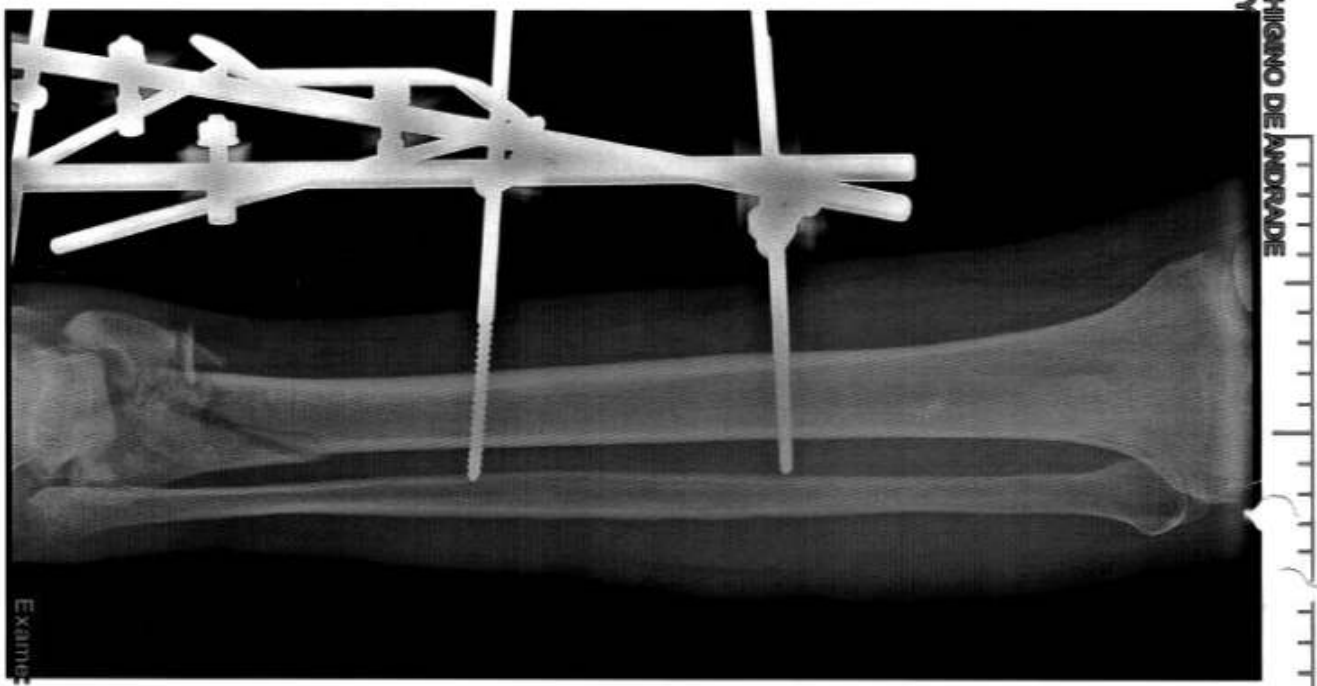
Quest





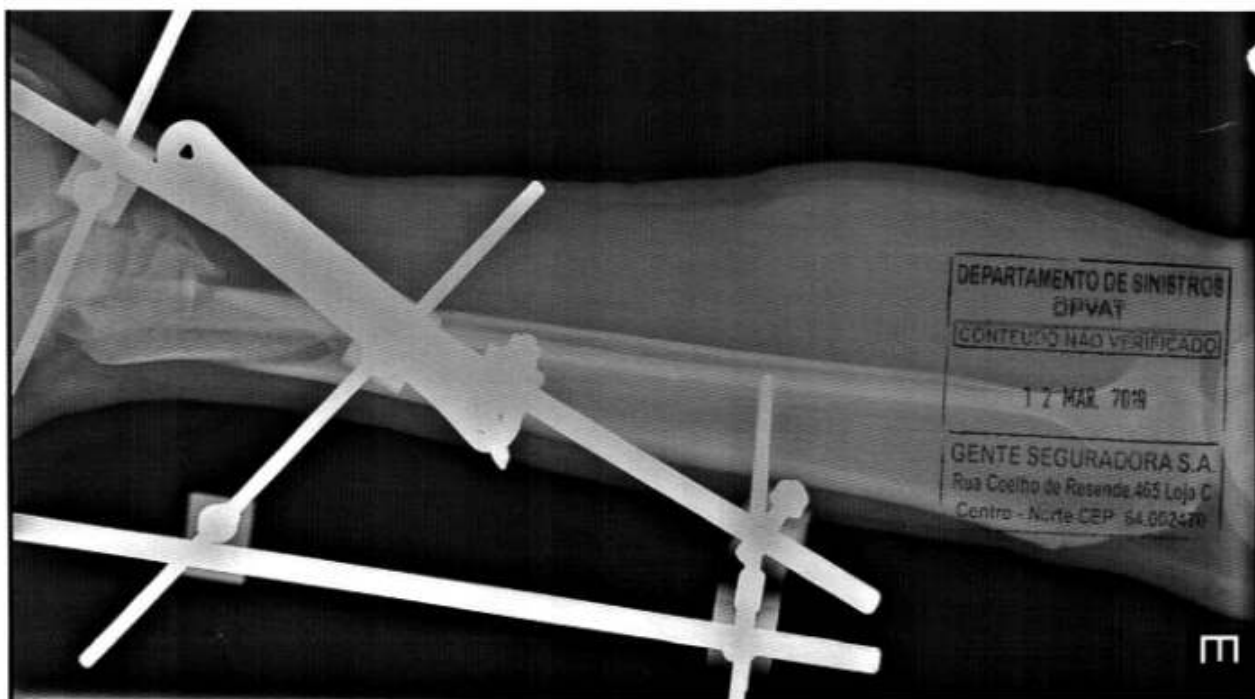
HPM-PI  
EDILSON HIGINO DE ANDRADE  
Idade: 06/07  
Sexo: M

C: 640  
N: 1413



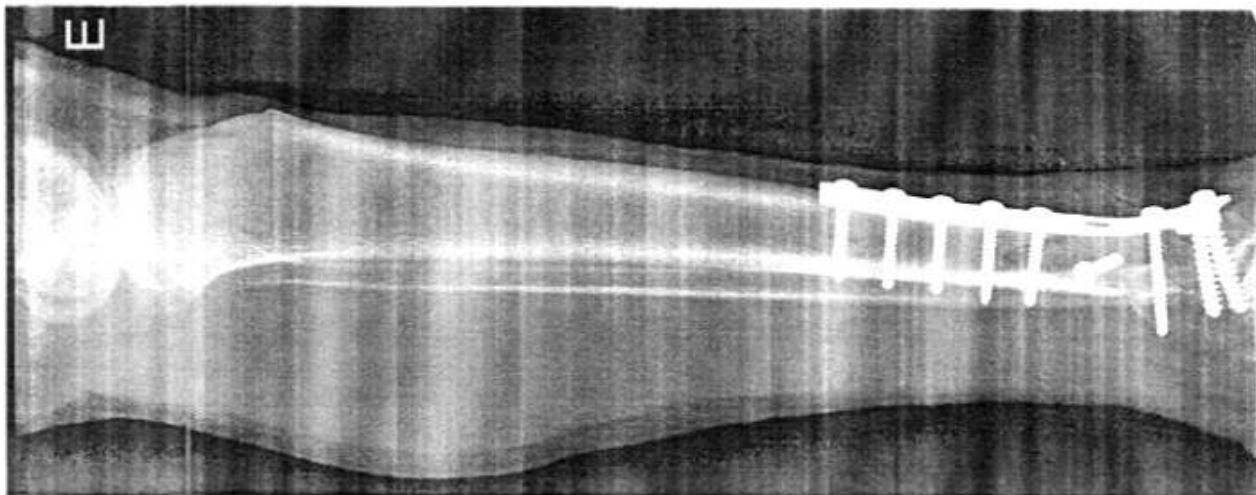
Exame: 14/11/2017 Hora: 10:38  
Guest

*[Handwritten signature]*  
CNPJ 08.043.888/0001-90  
RPM 105190193-2 / Mat. 14403-9  
Classe do Setor do Arquivo Técnico

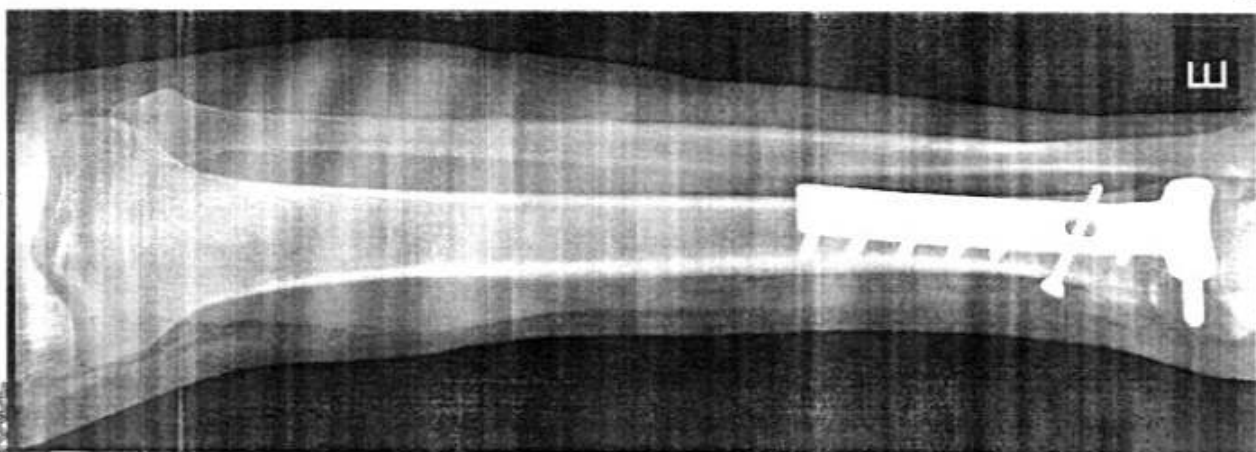


DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
17 MAR 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.052-470





Guest  
 Date: 01/12/2017 Hora: 10:12



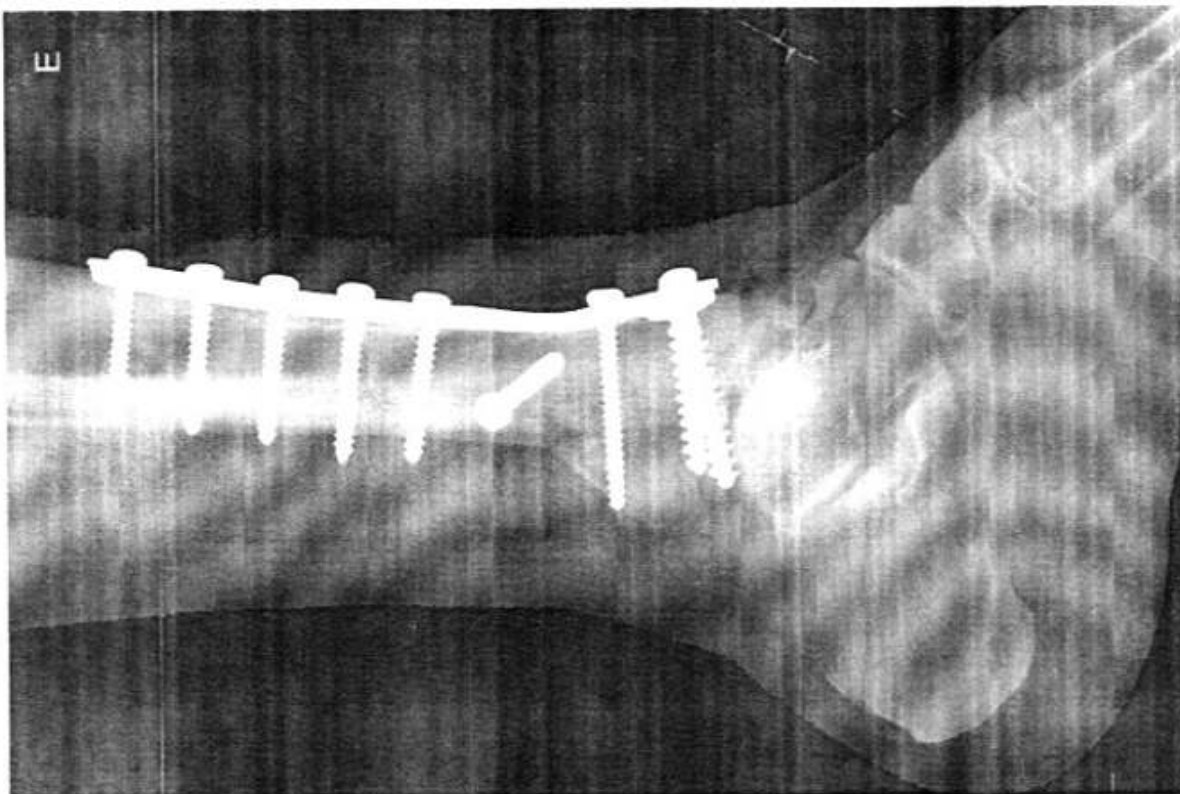
PM/PA  
 DR. JON HIGINO DE ANDRADE  
 edoc: 0557  
 esc: M

|                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT                                                          |
| CONTEUDO NAO VERIFICADO                                                                     |
| 12 MAR. 2019                                                                                |
| GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C<br>Centro - Norte CEP: 54.002470 |

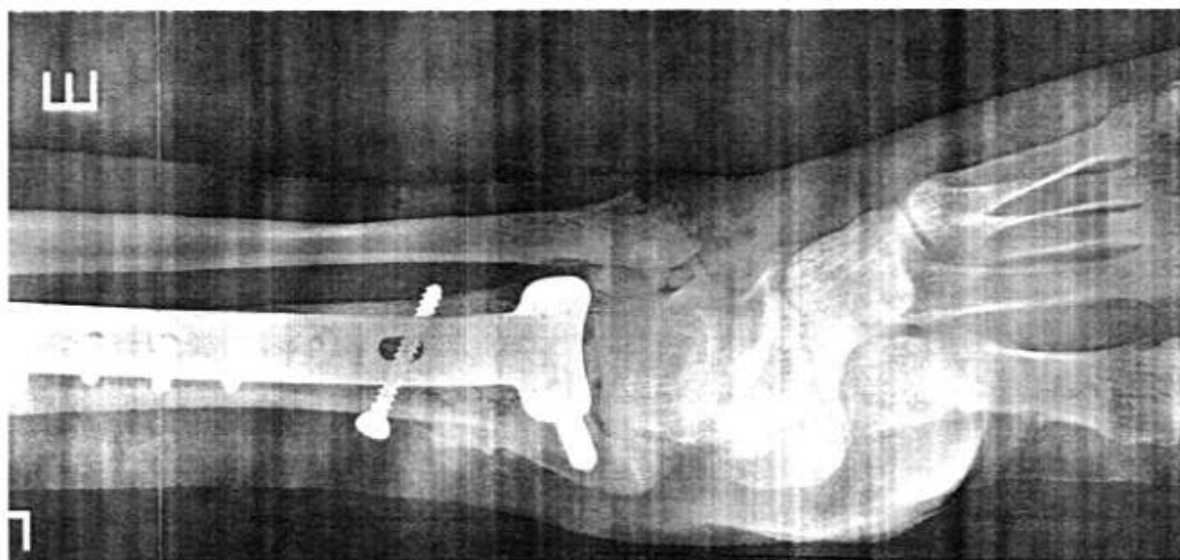
16/01/2019  
 LIT. HENRIQUE VALLI CRUZ ROS. PATRIM. 1  
 RG 105190193-2 / Mat. 114557  
 Unidade do Setor do Arquivo Técnico

WC: 480  
 WW: 867





Guest  
Exame: 01/12/2017 Hora: 10:18



PMPI  
DILSON HIGINO DE ANDRADE  
Idad: 055Y  
estat: M

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

*[Handwritten signature]*  
12/03/2019  
GPM 105138193-2 / Mat. 11401.9  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

WC: 448  
WW: 914

