

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS VALDO LEITE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000008634-0

Nr. da Autenticação 64854C110E81056F

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170091753 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS VALDO LEITE DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/10/2015 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: LESAO LIGAMENTAR DO JOELHO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MEDIO NO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIGAMENTOPLASTIA DO JOELHO DIREITO. FEZ 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA.MEMBRO INFERIOR DIREITO ASSIMÉTRICO, COM CICATRIZ CIRÚRGICA E DEFORMIDADE EM TOPOGRAFIA DE JOELHO A DIREITA, BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A DIREITA COM INSTABILIDADE DO MESMO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/03/2018

Conduta mantida:

Observações: obs - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170091753**
Nome do(a) Examinado(a): **LUIS VALDO LEITE DOS SANTOS**
Endereço do(a) Examinado(a): **R LOURIVAL MESQUITA nº 1428 - STA MARIA DA CODIPE - TERESINA/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1920087 - SSP**
Data e local do acidente: **20/10/2015 TERESINA/PI**
Data e local do exame: **27/03/2018 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

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

LESAO LIGAMENTAR DO JOELHO DIREITO.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIGAMENTOPLASTIA DO JOELHO DIREITO. FEZ 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA.

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

MEMBRO INFERIOR DIREITO ASSIMÉTRICO, COM CICATRIZ CIRÚRGICA E DEFORMIDADE EM TOPOGRAFIA DE JOELHO A DIREITA, BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A DIREITA COM INSTABILIDADE DO MESMO.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL MEDIO NO JOELHO DIREITO.

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

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **JOELHO DIREITO.**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 10070

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



**CLÍNICA
MACHADO**



RECEITUÁRIO

Historia médico

Informamos que o Sr. Luis Valde-
te dos Santos, foi vítima de acidente de
Trânsito, tendo ocorrido em 20.10.15, tendo
sofrido forte trauma nos olhos, resultan-
do em lesão do coraçoide e do cristalino
dos olhos direitos, foi realizado
o coraçoideoplastia e dos tecidos parietais
completa com o correto tratamento,
com alta definitiva, com
comprometimento funcional de
85%

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

Dr. Edimar Machado da Silva
CRM: 17000 - OAB: 194713-2/SP
2017/02/08

Escrito



Residencial Tropical Park
Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

Diá 04 de Abril de 2017, Teresina Piauí.

Assunto: Solicitação de Cancelamento do Seguro DPVAT.

Eu Luis Valdo Leite dos Santos, Brasileiro no CPF nº 08.692.523-91 e no RG nº 1920087, residente e domiciliado Rua Lourival Mesquita, nº 1428. Venho através desta requerer o cancelamento do Processo do Seguro DPVAT de sinistro 3170091753 de ASL, 0058287/17 junto à seguradora União Seguradora Grupo Apecar.

Documentação médico-hospitalar



Teresina Piauí, Data 04 de Abril de 2017.

ASS: Luis Valdo Leite dos Santos

Data 04 de Abril de 2017, Teresina Piauí.

Assunto: Solicitação de Cancelamento do Seguro DPVAT.

Eu Luis Valdo Leite dos Santos, brasileiro no CPF nº 82.82.692.523-96 e no RG nº 1920087, residente e domiciliado Rua Lourival Perquiza, nº 1428. Venho através desta requerer o cancelamento do Processo do Seguro DPVAT de sinistro 3170091753 de ASL, 0058287/17 junto a seguradora União Seguradora Grupo Asesin.



Teresina Piauí, Data 04 de Abril de 2017.

Ass: Luis Valdo Leite dos Santos



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

HOSPITAL GETULIO VARGAS
SOLICITAÇÃO DE LAUDO DE AIIH
Nº DA CONSULTA: 7393430
PACIENTE: Luis Valdó Leite dos Santos
PROCEDIMENTO: 0408050527 CID: S820
Dr. Raul Rubens de Macedo Neto
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Nº. de Autorização de Internação Hospitalar (AIIH)
2216101669/5-0
HGV
Orgão Emissor: M221100001
NASCIMENTO
19/03/1979

EITE. DOS SANTOS

CÓDIGO
233

3 - Nome do estabelecimento executante:
HGV - HOSPITAL GETULIO

D. LÍBERA: 17/10/2016
PRUCED.: 0408050527 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA
OP. SIST.: LUPINHA
CID: S820

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

5 - Nome: LUIS VALDÓ LEITE DOS SANTOS

6 - Prontuário: 87660

7 - CNS: 702507343863831

8 - Nascimento: 19/03/1979

9 - Sexo: M

CPF: 819.692.523-91

11 - Mãe: MARIA DE LOURDES LEITE DOS SANTOS

12 - Fone: - 35-9.88254385

13 - Resp:

14 - Cor: PRETA

15 - Endere: LOURIVAL MESQUITA

SANTA MARIA 18 - CEP: 64012-430

16 - Munic: TERESINA

17 - Cod. IBGE: 221100 18 - UF: PI

Documentação médica - hospital

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Doença Crônica Torção Patológica
Pacovsich / Robergo

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura da Patela

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

Op. Fratura Patela

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S820

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURA DA ROTULA (PATELA)

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408050527 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA

29 - Clínica:

30 - Caracter: Ident.: 1

31 - Documento: CPF

32 - Doc. Med. Solc. 00479824380

33 - Nome Profissional / Assistente
RAUL RUBENS DE MACEDO NETO

34 - Data de Solicitação:

11/10/16

35 - Ass. Carimb. 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.

40 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE Empresa

44 - CBOE

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:

48 - Documento

49 - Num. Documento

Tânia Moreira
Médico Assistente
CRM-PI 123456789
Ass. Cirúrgico (RG Conselho)
CBO 40

51 - Assinatura Paciente ou Responsável

Usuário: GILSON VELOSO
Consulta Local:
Consulta SUS:
Impressão: 8/08/16

988918754

HOSPITAL GETULIO VARGAS
COPIA COM ORIGINAL

C. C. Wilson

LEITO: 107-3

PRONTUÁRIO: 87660

NOME: Luis Valdo Costa dos Santos

DATA DE NASC

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:

1855 Crown Grant #1240

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA:

estad

CIRURGIA:

[illegible]

Nº SALA: 10

QUIRURGIAO:

O₂ = oxygen, hydrogen

CRM-PI3

ADJUNTA

Dr. Carlo Pultrone

20

INSTRUMENTADO

Jesus Brando

CIRCULANTE

Latimer

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA

[illegible]

• ~~COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:~~

esal

HOSPITAL GETULIO VARGA
CONFERE COM ORIGINAL
Em 18/06/2014
Edna Maria de Silva
MOTIVADA 019355-2
CPE 075.680.303-27
CÓPIA DE TESTEMUNHÃO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO:

Open

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM

~~NÃO ESTIMADA~~

PEÇA PARA HISTOPATOLOGICO: () SIM : () NÃO QUAL?

Q) NÃO QUAL?

DATA: 20, 10, 16 HORA:

HORA:

Dr. Danilo Marcolli Capozzi
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CLINICA E CIRURGIA
CIRURGIA (Assistência) e Carimbo

MECH 200 & Oliver
MOL 29012

C. C. Wilson

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIN DE CIRURGIA

CLINICA: Ortop LEITO: 107-3 PRONTUÁRIO: 87660

NOME: Luís Valdo Leite dos Santos

DATA DE NASC.

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: lesão crônica aparente patchy
CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: estável

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: est

CIRURGIAS: Litotomia de ureter pedículo pelo (D)

Nº SALA: 19

QUIRURGIAO: Dr. Carlos M. Rocha

ADJUDICATARIOS: 1º *Dr. Oscar Hubler*

CRM-PI:

INSTRUMENTADORA Irma Brandao

CIRCULANTE: Fátima

[illegible]

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: estável

Uniao
Sociedade
06-MAR-2013

ORIGINAL
1809/19
de Silva
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO: Ovario

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM (X) NÃO ESTIMADA: _____ ML

PEÇA PARA HISTOPATOLOGICO: () SIM (X) NÃO QUAL?

DATA: 20, 10, 16 HORA: _____

Dr. Danilo Triboli Chagui
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
GRUPO PLÁSTICO CRM-MA7008
14/05/2012
CIRURGIAS, Assinatura e Carimbo

C. C. W. R.

BOLETIM DE CIRURGIA

CLINICA: Ortop LEITO: 107-03 PRONTUARIO: 87660

NOME: Luis Valdo Leite

DATA DE NASC. / /

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: lesão ^{da} virilha direita por trauma

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: *estável*

CIRURGIA: Exatransplante de fígado

Nº SALA: 33

CIRURGIÃO: Dr. Karl Schubert

CRM-Pi

AXILIARES: 1º Dr. Paulo M. Lopes.

INSTRUMENTADORA Teresa Brindley

CIRCULANTE: Idem

[illegible]

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO:

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM (X) NÃO ESTIMADA

PEÇA PARA HISTOPATOLOGICO: () SIM (1) NÃO QUAL?

DATA: 20, 10, 16 HORA:

CIRURGIÃO (Assinado e Carimbado)



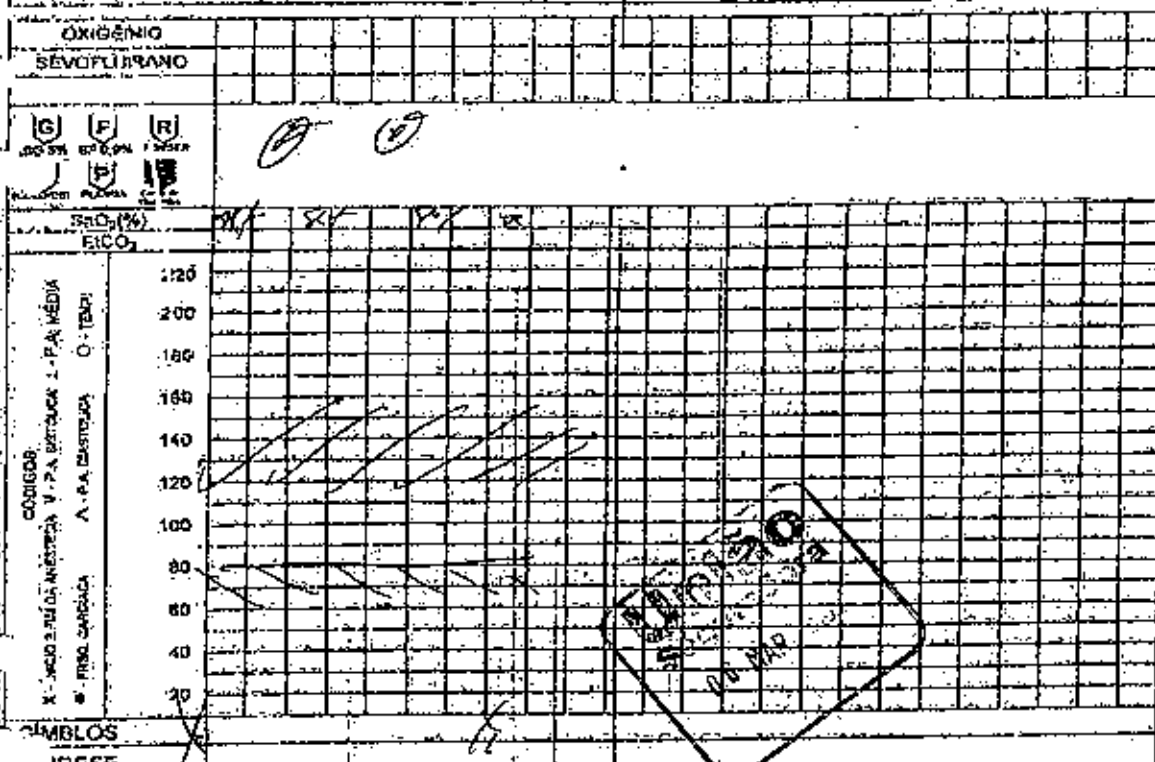
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
BOLETIM DE ANESTESIA

anda Machado de Oliveira
Mpt. 290119-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 18/10/16
Edna TAVARES da SILVA
Matrícula: 815045-9
CPF: 275.088.888-97
COPIA PRONTUÁRIO

DATA 20/10/16 SALA 1
PRONTUÁRIO 87660

PACIENTE	WILSON VALDO LEITE DOS SANTOS	DATA DE NASC.	1/1	IDADE	37	PESO	74	SEXO	M
PROCEDIMENTO	ESTADO FÍSICO A								
PRESSÃO ARTERIAL	FC	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS			
HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICERIA	UREA	CREATININA					



SEQUÊNCIA
X: monitoramento + vidu
M: 20
O: 20-26-28
O: 20-26-28, 20-26-28, 20-26-28
20-26-28, 20-26-28, 20-26-28
O: 20-26-28, 20-26-28, 20-26-28
O: 20-26-28, 20-26-28, 20-26-28
X: 20-26-28, 20-26-28, 20-26-28

Técnica Anestésica:	RAPID
Observações:	

☒ ECG	☐ PVC	☒ Oxigênio	☐
☐ PAM	☒ PANI	☐ Capnógrafo	☐
GASES	l/min	Início	Fim
Oxigênio			
Ar Medicinal			

MEDICAMENTOS UTILIZADOS		
Atropina		Amp
Adrenalina		Amp
Água dest. 10ml		Amp
Cipro 500mg		Fina
Cefazolina 1g	02	Amp
Clonidina		Amp
Colóide ()		Fina
Dexametasona	01	Amp
Diazepam		Amp
Dilorf		Amp
Diprion		Amp
Dobutamina		Amp
Dopamina		Amp
Dommid	01	Amp
Efortil		Amp
Efedrina		Amp
Fontanil 100mg	01	Amp
Fontanil 100mg		Fina
Sévoflurano		M
Hidroocortisona		Fina
Isoflurano		M
Manitol		Fina
Metronidazol		Fina
Narcotil		Amp
Neostigmina		Amp
Nipride		Amp
Noretmetazolina		Amp
Neocelina 0.5%	01	Amp
Neocelina 0.5%	01	Amp
Omeprazol		Fina
Pancuronio		Amp
Propofol		Fina
Propofol		Amp
Propofol		Fina
Qualific		Fina
Remifentanil		F
Rémidina		A
Ringer-Lactado	01	F
Sufentanil		A
S. Fisiotóg. 0.9%	02	F
S. Glicosado 5%		F
Tracrilm		A
Trasnamin		A
Novobupr 0.5 v		F
Lidocaina 2% v		F

Andre G. Silva
ANESTESIOLOGISTA
RM-3710

Nome : LUIS VALDO LEITE DOS SANTOS
Nº: 2093111
Médico : Dr(a). BRUNO MOURA
Exame : RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

- As cartilagens articulares e estrutura óssea não apresentam anormalidades. Ausência de sinais de edema ósseo ou osteonecrose.
- Ausência de formações císticas para-articulares.

CONCLUSÃO:

- Rotura completa do tendão patelar junto à sua inserção proximal, com discreta elevação da patela e discreta subluxação medial em relação ao sulco troclear em posição estendida.
- Rotura do ligamento cruzado posterior.
- Lesão parcial do ligamento colateral medial.
- Lesão parcial dos retináculos patelar, medial e lateral, com edema estendendo-se para os ventres musculares do vasto medial e vasto lateral respectivamente, sem destacamento, franco.
- Alteração de provável natureza contusional intrassubstancial do corno posterior e corpo do mensico medial, com aparente diminuta fissuração estendendo-se para a superfície articular inferior adjacente, sem destacamento meniscal franco.
- Discreto derrame articular, associado a leve sinovite.
- Assinala-se sinais de rotura capsular anterior do joelho, com comunicação do líquido articular para tela subcutânea anteriormente.



Amanda Machado de Oliveira
Mot. 290119-6

CONFERIDO COM ORIGINAL
18/03/2016
Assinada por: Amanda Machado de Oliveira
Inscrição: 010065-9
CPF: 015.983.303-97
- A - A DE PRONTUÁRIO

DR. JÓRIO NEIVA M. SANTOS CORDEIRO
CRM 4146

Teresina / PI, 23 de dezembro de 2015
CNPJ 00.795.397/0001-55
Rua São Pedro, 2133
Fone: (86) 3221-3062
Fax: 84 001-260

E-mail: lucidioportella@uol.com.br



SUMÁRIO DE ALTA HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:
198083

Paciente: LUIS VALDO LEITE DOS SANTOS		Idade: 37 Anos 7 Meses 0 Dia	Sexo: M	Prontuário: 87660
Endereço: LOURIVAL MESQUITA		Número: 1428	Bairro: SANTA MARIA DA	Cidade: TERESINA
UF: PI	DT. Nasc: 19/03/1979	Profissão: AUXILIAR DE SERVICOS GEF	Telefone: 86 - 9882.54386	CPF: 819.692.523-91
			Cartão SUS: 702507343863831	

Internação: 19/10/2016	Alta: 22/10/16 às 10:00	Permanência: 3 dias
-------------------------------	---------------------------------------	----------------------------

Diagnósticos:	Situação na Admissão:
CID Principal: ☐ ☐ ☐ ☐	lesão de mecanismo
CID Secundário: ☐ ☐ ☐ ☐	estensor joelho D.
CID Causa Morte: ☐ ☐ ☐ ☐	

Evolução e Situação na Alta:

BEG Fe tempo e cura

Medicações Utilizadas:

Cirurgia: Data: **20/10/16** Tipo: **Quadricepsplastia + Reconstrução de Tendão Patelar Joelho Direito**

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência:

Acompanhamento ambulatorial com Dr. Paul Ruben

Tipo de Alta: ☐ 1.1.1. Curado ☒ 1.2. Melhorado ☐ 1.4. Pedido ☐ 1.5. Alta com prev. retorno ☐ 1.6. Evasão ☐ 1.8. Outro Motivo ☐ 1.9. Alta pac.agudo ☐ 3. Transferência ☐ 4. Óbito ☐ 5. Administrativo

Transferência:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:



Dr. Neomar Soares da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 42371 CARIM 8603
TEF 14742
Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CENTRO CIRURGICO
18/10/16
Dr. Neomar Soares da Silva
Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040 -
TERESINA - PI CEP: 64000000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

LAUDO MEDICO

COT

Paciente: **LUIS VALDO LEITE DOS SANTOS**

Prontuário: **87660**

Dt. Nasc.: **19/03/1979**

Dados do Atendimento:

Atendimento: **198083**

Idade: **37a 7m 4d**

Sexo: **M**

Dados da Solicitação:

Pedido: **28830**

Data Pedido: **20/10/2016**

Médico Solicitante: **HAMILTON VALERIO DE CARVALHO FONTES**

Setor Solicitante: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**

Unid. Internação / Leito: **OCUPAÇÃO TEMPORARIA / OCUPA TE**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Cód. Procedimento: **02.04.06.012-5**

Data do Laudo: **21/10/2016**

107 - 3

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

RELATÓRIO:

Os seguintes aspectos foram observados:

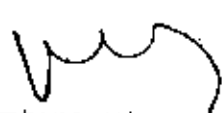
- Exame realizado através da tala gessada.
- Estrutura óssea e espaço articular preservados.
- Parafusos de interferência na tíbia direita, região anterior.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame de controle pós-operatório.



HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERIR COM ORIGINAL
Em 18/10/2016
Edna Maria de Souza Silva
Matrícula: 919065-9
CPF: 075.066.203-97
CARTÃO DE PRONTUÁRIO


MANOEL ANTONIO GOMES DE CASTRO
805

Documentação médico - hospital



COB Clínica Ortopédica Buenos Aires Emissão: 02/05/2018 15:21 USU:

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires
Teresina-PI - 64009-330
Telefone: 86 3214-1600

COB Clínica Ortopédica Buenos Aires
Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires
Fones: (86) 3214-1600 • CEP 64.009-330 • Teresina-Piauí
E-mail: clinicaob@hotmail.com

*** IMPRESSÃO DO ATENDIMENTO ***

Paciente: 052285-LUISVALDO LEITE DOS SANTOS Conv.: PARTICULA Idade: 39 An
Data: 02/05/2018 14:03
CID 10: M235 INSTABILIDADE CRÔNICA DO JOELHO

QUEIXA PRINCIPAL
ACIDENTE DE TRANSITO DIA 22 10 2015
BO 100203.000787/2016-43

H. D. ATUAL
TRATA CIRURGICO EM JOELHO D
QUADRICEPSPLATIA + RECONSTRUÇÃO DE TENDAO PATELAR DO JOELHO D DIA 20 10 20

EXAME GERAL
DOR LIMITAÇÃO FUNCIONAL SEVERA EM JOELHO D
FORÇA MUSCULAR GRAU 2 EM MID

EXAME COMPLEMENTAR
RNM JOELHO D - RUPTURA COMPLETA DO TENDAO PATELAR D + RUPTURA DO LIGAMEN
JOELHO D

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
RELATORIO MEDICO DE ALTA DEFINITIVA COM PERDA DE 90 % EM MID

DR. GIOVANNI SILVA
CRM-PI 1729

DR. FERDINAND FREITAS
CRM-PI 3096

DR. ROCELDO ANTONIO
CRM-PI 3531

DR. EDUARDO SOUSA LIMA JUNIOR
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 2113 TGO-8054

02/05/2018



64 INDA OF 17/00000 & 65/00000 AIRS

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires

Fones: (86) 3214-1600 • CEP 64.009-330 • Teresina-Piauí

E-mail: clivac@bellsouth.net

Ao Sr(a). LUISVALDO LEITE DOS SANTOS

DIR. ROCELDO ANTONIO
CRM-FI 3553

Relatório que Lincolde foi
De des Sando foi n. 4. Uma
do trabalho de Brando
no dia 22/10/2015. BO-
100203.000787/2016-43. Com
HU. Retirada completa do tra-
do Pottler B + Angina
do ligamento cruzado
posterior em Joelho B.
Exatidão do movimento
do Joelho Pottler B.
Espino Ver + Limitação
funcional severa em Joelho
+ E.M. Grau 2 em MFM.
Perda de A.G. média
definitiva e / perda de 50% em
MFM. /

Teresina 02 de Maio de 2018

DR. EDUARDO DE SOUZA LIMA JUNIOR
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 2312 TEOP - 8054

Dr. Edgar de S Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313-F1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS" 1965



Luisvaldo Leite dos Santos
0868184

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RG 1.920.087 DATA DE EMISSÃO 19/05/16

NOME LUISVALDO LEITE DOS SANTOS

FILIAÇÃO MARIA DE LOURDES LEITE DOS SANTOS
LUIS TRINDADE DOS SANTOS

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 19/03/1979

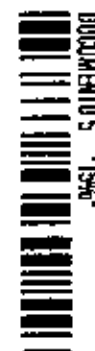
DOC. ORGÃO CERT. NASC. 38470 L 24A F 7312

EXP. TERESINA PI 28/03/79

0868184 819.692.523-91

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83



União
08 FEV. 2017
Seguradora



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 819.692.523-91

Nome da Pessoa Física: **LUIS VALDO LEITE DOS SANTOS**

Data de Nascimento: 19/03/1979

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: 09/08/1997

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 14:27:21 do dia 07/02/2017 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: B12C.6679.085C.7B6D



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

1012050683

08 FEB. 2017

Seguradors



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **347.229.123-00**

Nome da Pessoa Física: **ANTONIO FLORIANO DE SOUSA**

Data de Nascimento: **26/01/1968**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:42:18** do dia **07/02/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **E1D3.D464.47FA.72B1**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

989.871 05/10/00

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

MARIA REDUZINA DE SOUSA
OTACILIO CARNEIRO DE SOUSA

UNIAO-PI 26/01/1968

CERT. CASAM 5569 L B17 F 244
EXP TERESINA-PI 06/07/88

347.229.133-00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

LEI Nº 1.191 DE 1950 (DOU Nº 101, 1950)

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

CARTERA DE IDENTIDADE

União
08 FEV. 2017
Seguradora

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020041502745 Nº 011715227780
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD: RENAVAM 204122074 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2015

NOME
ANTONIO FRANCISCO OLIVEIRA ROCHA

CPF / CNPJ 47099950363 PLACA NIJ-1913

PLACA ANT / UF - CHASSI 9C6KE1220A0112224

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NERHUMA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA/FACTOR YBR125 K ANO FAB 2009 ANO MOD 2010

CAP / POT / CIL 002P/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA
2º
3º PAGU

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

OBSERVAÇÕES
A/FID: BV FINANCEIRA S/A-CFI

TERESINA DATA 11/8/2015

RECEBIMOS DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PI Nº 011715227780 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 11/8/2015

VIA 1 CPF / CNPJ 47099950363 PLACA NIJ-1913

RENAVAM 204122074 MARCA / MODELO YAMAHA/FACTOR YBR125 K

ANO FAB 2009 CAT. TRS 09 Nº CHASSI 9C6KE1220A0112224

PRÊMIO TARIFÁRIO
FAS (R\$) 129,03 DENATRAM (R\$) 14,33 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,36

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,10 TOTAL A SER PAGO PEO SEGURO (R\$) 292,01

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELAS DATA DE QUITAÇÃO 05/08/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.5080081-04
www.seguradoralider.com.br

587/2014



DOCUMENTO 1 *T19*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Luís Valdo Leite dos Santos

PORTADOR(A) DO RG Nº 1920.087 EXPEDIDO POR SSP EM 19/05/16 E

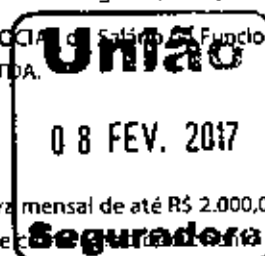
CPF 819692623-01 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Revisor-TC

E RENDA MENSAL DE R\$ 2.450,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Luís Valdo Leite dos Santos, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário e Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, (ativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de depósito e comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1989 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00002634-0

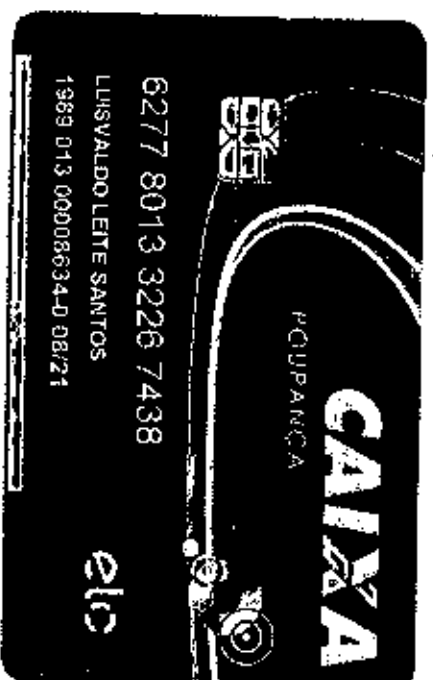
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Renata P. 29 de Janeiro de 2017 Luís Valdo Leite dos Santos
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

DELE
D.F.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000787/2016-43

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Francisco Ribeiro

Data/Hora: 29/02/2016

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

20/10/2015 - 10:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

DOCUMENTO 1 *T10*

Município



TERESINA

Bairro

JACINTA ANDRADE

Endereço

RUA- 101- CS- 16, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

PÓV. SANTA MARIA DA CODIPI

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUIS VALDO LEITE DOS SANTOS[36 ANOS]

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1920087

Mãe: MARIA DE LOURDES LEITE DOS SANTOS

Pai: LUIS TRINDADE DOS SANTOS

Endereço: RUA- LOURIVAL MESQUITA, Nº 1428

Complemento: SANTA MARIA DA CODIPI

Bairro: POVOADO

Cidade: TERESINA

União

08 FEV. 2017

Seguradora

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE ESTEVE NESTA DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO PARA COMUNICAR QUE TRAFEGAVA EM UMA MOTO YAMAHA/FACTOR, ANO 2009/2010, PL- NIJ- 1913, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO FRAZOLINI OLIVEIRA ROCHA, CPF- 47099950363, SENTIDO NORTE/CENTRO, AO ENTRAR PELA RUA 101, DO RES. JACINTA ANDRADE, BEM PROXIMO A CS- 16, SURTIU UM OUTRO VEICULO QUE NÃO SOUBE IDENTIFICAR E QUE ESTE PROVOCADO O ACIDENTE QUANDO INVADIU A PREFERENCIAL PELA QD 99. DISSE QUE ESTE VEICULO COLIDIU COM A SUA MOTO, E COM O IMPACTO CAIU SOFRENDO LESÃO CORPORAL DE ACORDO COM O PRONTUÁRIO DE EXAME EXPEDIDO PELO HOSPITAL DO BAIRRO BUENOS AIRES. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU. AS DECLARAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
AGENTE DE POLÍCIA

Luis Valdo Leite dos Santos
LUIS VALDO LEITE DOS SANTOS[36 ANOS] - Noticiante
Responsável pela Informação



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

Boletim de ocorrência



392 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000787/2016-43

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Francisco Ribeiro De Sousa

Data/Hora: 29/02/2016 - 08:36

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

20/10/2015 - 10:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA- 101- CS- 16, Nº:

Complemento

PÓV. SANTA MARIA DA CODIPI

Bairro

JACINTA ANDRADE

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUIS VALDO LEITE DOS SANTOS[36 ANOS]

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1920087

Mãe: MARIA DE LOURDES LEITE DOS SANTOS

Pai: LUIS TRINDADE DOS SANTOS

Endereço: RUA- LOURIVAL MESQUITA, Nº 1428

Complemento: SANTA MARIA DA CODIPI

Bairro: POVOADO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE ESTEVE NESTA DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO PARA COMUNICAR QUE TRAFEGAVA EM UMA MOTO YAMAHA/FACTOR, ANO 2009/2010, PL- NIJ- 1913, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO FRANCISCO OLIVEIRA ROCHA, CPF- 47099950363, SENTIDO NORTE/CENTRO, AO ENTRAR PELA RUA 101, DO RES. JACINTO ANDRADE, BEM PROXIMO A CS- 16, SURTIU UM OUTRO VEICULO QUE NÃO SOUBE IDENTIFICAR E QUE ESTE TERIA PROVOCADO O ACIDENTE QUANDO INVADIU A PREFERENCIAL PELA QD 99. DISSSE QUE ESTE VEICULO COLIDIU COM SUA MOTO, E COM O IMPACTO CAIU SOFRENDO LESÃO CORPORAL DE ACORDO COM, O PRONTUÁRIO DE Nº218408 EXPEDIDO PELO HOSPITAL DO BAIRRO BUENOS AIRES. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU. AS DECLARAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.



Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 009/616
AGENTE DE POLÍCIA

LUIS VALDO LEITE DOS SANTOS[36 ANOS] - Noticiante
Responsável pela Informação

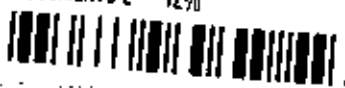
Delegado de Polícia

ATO



**CLÍNICA
MACHADO**

DOCUMENTO 2 "T296"



RECEITUÁRIO

Doença crônica

Declaramos que o Sr. Luis Silva

está em tratamento de Diabetes tipo 2 desde 2010/11. Tratado

com insulina desde 2010/11. Tratado com insulina desde 2010/11. Tratado

com insulina desde 2010/11. Tratado com insulina desde 2010/11. Tratado

com insulina desde 2010/11. Tratado com insulina desde 2010/11. Tratado

com insulina desde 2010/11. Tratado com insulina desde 2010/11. Tratado

com insulina desde 2010/11. Tratado com insulina desde 2010/11. Tratado

com insulina desde 2010/11. Tratado com insulina desde 2010/11. Tratado

com insulina desde 2010/11. Tratado com insulina desde 2010/11. Tratado

com insulina desde 2010/11. Tratado com insulina desde 2010/11. Tratado

com insulina desde 2010/11. Tratado com insulina desde 2010/11. Tratado

com insulina desde 2010/11. Tratado com insulina desde 2010/11. Tratado

com insulina desde 2010/11. Tratado com insulina desde 2010/11. Tratado

com insulina desde 2010/11. Tratado com insulina desde 2010/11. Tratado

com insulina desde 2010/11. Tratado com insulina desde 2010/11. Tratado

com insulina desde 2010/11. Tratado com insulina desde 2010/11. Tratado

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

Dr. Edimar Machado do Silva
 CRM 10.000/00000-0
 CBO 3411-05/00000-0
 CREA 10000/00000-0
 RGO 10000/00000-0

Edimar



Residencial Tropical Park

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

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

HOSPITAL

Documento



THE 13/11/15

13/11/15

MS/DATASUS

HOSPITAL DO BUENOS

Setor Produção

No. DO DE: 218408

DATA: 20/10/2015

HORA: 10:59

USUARIO: MARIA LUI

ONG:

SETOR: 01 CLINICA MEDICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : LUIS VALTO LEITE DOS SANTOS
 IDADE : 36 ANOS NAI: 19/03/1979
 ENDEREÇO : RUA LOURIVAL MESQUITA 1428
 COMPLEMENTO : BAIRRO: SANTA MARIA DA CODIP
 MUNICÍPIO : TEREZINA UF: PI CEP :
 NOME PAI/MAE : LUIS TRINDADE DOS SANTOS / MARIA DE LOURDES LEITES
 RESPONSÁVEL : O PROPRIO
 PROCEDÊNCIA : SANTA MARIA DA CODIP
 ATENDIMENTO : ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLISTA/PASSAJO
 CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE : NAO TRAUMA : NAO
 ACID. TRABALHO : NAO VEIO DE AMBULANCIA : NAO

PA: [] X [] PULSO: [] [] TEMP.: [] [] PESO: []
 EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] GORRUE [] URINA []
 [] LÍQUOR [] ECO [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: /

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

PRESCRIÇÃO



DATA DA SAÍDA:

HORA DA SAÍDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTEN
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

ÓBITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS

[] FAMILIA [] IPI

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Dr. Cristiano Felipe de M.
 MÉDICO
 CRM 915703