



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

Nº do sinistro ou AS: _____ CPF da vítima: 396.211.893-49 Nome completo da vítima: GIL CELSO DE MENESES FONTENELE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO DO REGULAR SUPLEN Nº 448/2012

Nome completo: GIL CELSO DE MENESES FONTENELE CPF: 396.211.893-49
Profissão: ASSISTENTE DE VENDAS Endereço: RS, HERACLITO FORTES - Q-02 Número: 36 Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: BRASILEIRA Estado: PJ CEP: 64.265-000
E-mail: conhemgeau@hotmail.com Tel. (DDD): (86) 99823-6360

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

RENDA MENSAL:
☒ REQUERER 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (2371) ☐ Itaú (3410)
☐ Banco do Brasil (0010) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO _____

AGÊNCIA: 5808 CONTA: 0007043 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMIL (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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: PIREPARÁ - PJ, 13/02/2019

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RSC

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, 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.



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 3428	02 Data do chamado 21/05/18	03 PRO (código) 2900	04 Saída do PA 2132	05 Chegada ao local 2140
	06 Saída do local 22105	07 Chegada ao 1° hospital 22124	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço R. 04 de janeiro centro N.	11 Bairro	12 Município/UF Tere - PI	Código IBGE 5161000	
	13 Ponto de referência TRE				
Dados do Paciente	14 Nome Michael Thalison Jesus Nogueira	15 Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado			
	16 Idade 24 1- Dia 2- Mês 3- Ano 9- Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta 5- Ônibus/Micro-ônibus 6- Outro 9- Ignorado	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta 5- Objeto fixo 6- Animal 7- Outra 9- Ignorado	22 Equipamentos de segurança ☒ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança	
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum				
Exame Físico	26 Pupilas 1- Iguais 2- Desiguais	27 Pulso Radial ☒ Central ☐ 2- Chelo 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento 1- Sim 2- Não	29 Dor ☐ ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	25 Local da lesão
	30 Fratura 1- Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☐ 2- Não ☒ 3- Suspeito ☒				
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				
	☐ Aspiração ☒ Prancha longa/curta ☒ Imobilização de extremidades ☐ Oxigênio ☒ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a) ☐ b) ☐ c)				
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HUT				
	33 Condições de entrada ☒ 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado 34 Óbito ☐ 1-Sim ☐ 2-Não ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte				
Observações Interdisciplinar	Pac. vítima de trauma mecânico e/ou químico e suspeito de fratura em coxa E. + escoriações. Consciente, orientado, fásico. Os Pac. autorizam a alteração da anam. se responsabilizando pelos danos materiais do transporte em trânsito.				
	Socorristas Médico AE/TE Enfermeiro Condutor				

Airo José de Moura Feitosa
ENFERMEIRO
Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Enfermeiro
Condutor

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: 24/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHAEL THALISON GOMES MARQUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000092568-6

Nr. da Autenticação 18D57420A3388C5B

**Eletrobras**
Distribuição Piauí**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 8410137

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

R. RUI BARBOSA, 3814 , 3814

B-URBANO

64000000 TERESINA

PI

CÓDIGO ÚNICO 13052233	MÊS 07/2018	PERÍODO DE CONSUMO 14/06/2018 a 12/07/2018
CONSUMO (kWh) 153	VENCIMENTO 19/07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 138,43

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

**Eletrobras**
Distribuição Piauí**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

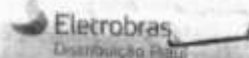
CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 13052233	MÊS 07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 138,43
---------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836900000016.384300170006.000000013052.223307180057





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 754 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-740/001-89 (nos Estados 15 301 303-8
São Paulo / Companhia Energética de São Paulo - SPS-1
Rua: Espírito Santo, 100 - Jd. São Paulo - São Paulo - SP

Para contato com a
Eletrobras, informe
nosso NÚMERO

Nº da Nota Fiscal

SEU CÓDIGO

106447-4

007085783

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TEE Nacional
está sujeita ao ICS de 15% de abril de 2016.

CONTA Nº	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
106447-4	21/05/2018	332	315,86

MARTA DO SOCORRO GOMES RODRIGUES
R. MINAS GERAIS 483 483 CASA 01 MATADOURO
CPF: 00015630765353

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	1290	Atual:	14/06/2018
Anterior:	958	Anterior:	15/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Problema Leitura:	17/07/2018
Consumo Medido:	332	Emenda:	13/06/2018
Consumo Faturado:	332	Aprovação:	14/06/2018
	332	FCAN	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Localidade	Inscrição Municipal	Ponto	Código Fixo	Mês de Referência
DESCRIÇÃO DA CONTA					
Mês de Referência					
CONSUMO 332 A R\$ 0,851857 = 282,81					
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 23,21					
RELIACAO 7,78					
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 1,76					
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA 7,73					
TARIFA DE TRIBUTOS: 0,00					
TAXA DE 22 - 0,00					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão de fornecimento de energia elétrica a partir de 22/05/2018, caso não seja pago o valor devido. O valor devido é de R\$ 315,86. O valor devido é de R\$ 315,86. O valor devido é de R\$ 315,86.
05/2018	277,23	
LIGUE 0800 086 8880 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25		

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPÓSTOS/ENCARGOS - R\$	
Distribuição	55,22	Base de Cálculo	282,81
Energia	105,02	Alíquota ICMS	27,00%
Transmissão	16,52	Valor do ICMS	76,35
Encargos	16,73	Valor do PIS	2,31
Tributos		Valor do COFINS	
INDICADORES DE CONFIABILIDADE			
Índice	Valor	Índice	Valor
Qualidade	5,31	Qualidade	10,63
Perda	21,25	Perda	3,24
Consumo	6,48	Consumo	12,95
Capacidade	3,03	Capacidade	0,00
	0,00		0,00

DEPARTAMENTO DE SINCRONIZAÇÃO
CONTROLE DE SINCRONIZAÇÃO
06 SET 2018
CENTRO SEGURADORA S.A.
Rua Comodoro Ruy, 445 - Lapa C.
Rio de Janeiro - RJ - 20.040-000



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GIL CELIO DE MENESES FONTENELERG nº 1.129.856, data de expedição 29/03/89 Órgão SSPP1

CPF nº 396.211.893-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RS MGRACIETO FORTES - Q-02</u>
Número	<u>CASA 46</u>
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>BRASILEIRA</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64.265-000</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 99823-6360</u>
E-mail	<u>cammenegem@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PIRIPIRI-PI, 11/02/2019

Assinatura do Declarante:

Gil Celio de Menezes Fontenele

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 151 - Centro-Novo - Teresina - PI
CEP: 64000-000 (0800) 36 10 3600
Atendimento: 0800 36 10 3600 - 0800 36 10 3600
Atendimento: 0800 36 10 3600 - 0800 36 10 3600

(0800) 36 10 3600 015516924

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE-Eletrobras
pela Lei nº 10.408 de 26 de abril de 2002.

DEZEMBRO/2018 01-01-2019 62 59,07

FRANCISCA ALZAIR DE MENESES FONTENELE
RS HERACLITO FORTES 16 Q-02 B-URBANO
CPF: 00072685670300
CEP: 64.265-000 - BRASILEIRA

ROT: 337.315.17.55.021700

4203	24/12/2018
4641	26-11-2018
Abast.	Abast.
Antec.	Antec.
Constante de Normalização	Problema Letura
Consumo Medido	Emprego
Consumo Faturado	Apresentação
NORMAL	28
FCAM	

RESIDENCIAL MONO A 1445143 1-1-1 63

NOV/18	CONSUMO	62 A R\$ 0,879255 =	54,51
OUT/18	(CONTR. ILUMINACAO PUBLICA (COSIP))		4,56
SET/18	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,08	
AGO/18			
JUL/18			
JUN/18			
MAI/18			
ABR/18			
MAR/18			
FEV/18			

TARIFA SPX TRIBUTOS:
10 A 62 - R\$ 0,879255

REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFOR
ME RESOLUÇÃO ANEEL 27496/2018. LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1-5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21-12-2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

C151.F2E6.D0DE.5CD1.AA0C.C6AD.6894.F4C4

10,86	54,51
3,24	11,99
3,28	0,80
16,51	3,72

6,03 12,06 24,12 3,49 6,98 13,95 3,54
0,00 0,00 0,00

PIRIPIRI

10/2018

24,20

ROT: 337.315.17.55.021700

0792978-1

59,07

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Keylly Moura de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 838.502.303-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Michael Thaleson Gomes Marques inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.769.253-50, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Michael Thaleson Gomes Marques inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.769.253-50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Rui Barbosa</u>		Número <u>3814</u>	Complemento
Bairro <u>Rio Alvorada</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86)994723591</u>

10 de Pi de 08 de 18
Local e Data

Keylly Moura de Oliveira
Assinatura do Declarante

Declaração do proprietário do veículo

Eu, ITALO GOMES MARQUES

RG nº 3409097, data de expedição 30 / 02 / 11.

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº.

056.769.263-92, com domicílio na cidade.

De TERESIA no Estado de PIAUÍ

Onde resido na (Rua / Avenida / Estrada)

R. MINAS GERAIS

nº 403 complemento ACARAPÉ

Declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de

Minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

MICHAEL THALISON GOMES MARQUES o condutor

Era MICHAEL THALISON GOMES MARQUES

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA / CG 125 FAN K5

Ano: 2011

Placa: ODU-4569

Chassi: 9C25C4110 BR821952

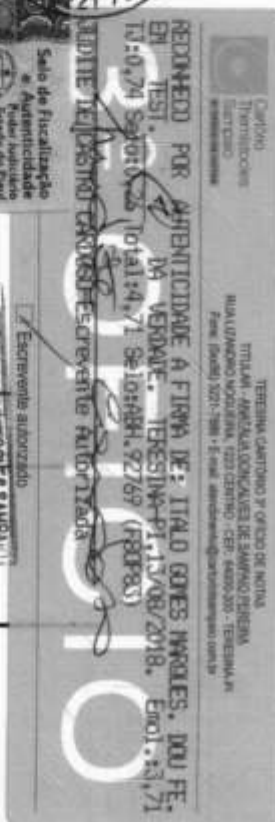
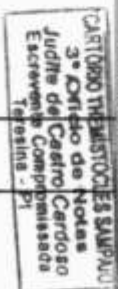
Data do acidente: 25.05.2018

Local e Data: TERESIA 30 AGOSTO 2018

Italo Gomes Marques

Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima Reclamante do sinistro)



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Declaração do proprietário do veículo



EU, FRANCISCA ALZAIR DE MENESES FONTENELE

RG nº 93.654, data de expedição 24/08/13

Órgão SPPPI, portador do CPF nº 726.856.703-00

com domicílio na cidade de BRASILEIRA, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA HORACIO DE SOUSA - CENTRO, nº 807

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

GIL CELSO DE MENESES FONTENELE, cujo o condutor era

GIL CELSO DE MENESES FONTENELE

Veículo: PAS/MOTOCICLETA Modelo: HONDA / CG 150 FANESPI Ano: 2014

Placa: PIA - 3866 Chassi: 9C2KC1680ER578152

Data do Acidente: 13/09/2018

Local e Data: PIRIPIRI - PI, 11/02/2019

Francisca Alzair de Menezes Fontenele

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO | JONATAS MELO
Tabellionato de Notas de Piripiri-PI

Jonatas Márcio Reis Ferreira, fls. - Centro - PIRIPIRI/PI - Cep 64268-000
Tel: (85) 3276-4967 - Fax (85) 3276-4967 - Email: cartorio@piripi@neto.com

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCA ALZAIR DE MENESES FONTENELE, DOUS-FE, EM TEST. PÚBLICA DA VERDADE. PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,79 - FPP: 0,10 - Selor: 0,26 - Total: 4,98 - Selor: 0,3022 - (F390F76)

PARIA DA CONCEICAO DIAS DA SILVA-Tabella Substituta

Bele Maria de Conceição Dias da Silva
Cartório Substituta
Jonatas Melo
Bele Maria de Conceição Dias da Silva
Cartório Substituta
Jonatas Melo



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Michael Thalison Gomes Marques

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 477251

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA.

Imp: 21/05/2018 22:38:51

(User: JAIRO FEITOSA)

(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: MICHAEL THALISON GOMES MARQUES		Prontuário: 477251	
Mãe: ELIANE GOMES DE MELO		Pai:	
End.Resid.: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 13/07/1993	Idade: 24a:10m:8d	Sexo: Masculino	Fone: 86-3213-4449
Responsável: ELIZETE GOMES RODRIGUES DE SOUSA		CNS: 700005861802402	
Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO		Documento: CPF: . . .	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Concubinato	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 666069	Data: 21/05/2018 22:33:02	Condução: AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S.U.S.
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Dor intensa	Destino: CIRURGIAO GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: Paciente vítima de colisão moto x carro há 30 min. Estava pilotando a moto. Trazido pelo SAMU básico com dor intensa e edema na coxa E e escoriações no hálux D. Nega HAS, DM e alergias. Glasgow 15. Eupnéico.			Profissional Clas. Risco: JAIRO JOSÉ DE MOURA FEITOSA COREN 20364 PI Em: 21/05/2018 22:38:50

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

há 40 minutos.

Paciente vítima de trauma por acidente automobilístico (colisão com moto) -
glauco com exposto, melito de coxa de lateral direita o olho, negro pálido
de coxa esquerda, melito de coxa esquerda A) melito de coxa esquerda com color
preto negro. B) Esp. muco, SPA. SpO2: 99%. C) TC: 88 bpm. E Ab: 60 bpm, su
dor a pele quente e úmida/pálida, pupilas não reativas a luz. D) Glasgow 15.
E) pulso presente, melito de coxa esquerda, melito de coxa direita e melito de coxa
direita (melito de coxa). F) Pua 6 injeções, euforico.

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

→ Soluções = Rx de coxa, pulso e tornozelo 6.
Rx de pé D.

RAIO-X REALIZADO

DATA 21/05/2018

Técnico: *[assinatura]*

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Procedimento

CID

Elizete Gomes R. de Sousa
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 21/05/2018 22:39:03

(JAIRO FEITOSA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: MICHAEL THALISON GOMES MARQUES			Prontuário: 477251	
Mãe: ELIANE GOMES DE MELO		Pai:		
End.Resid.: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010				
Nascimento: 13/07/1993		Idade: 24a:10m:8d		Sexo: Masculino
Responsável: ELIZETE GOMES RODRIGUES DE SOUSA		CNS: 700005861802402		
Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO		Documento: CPF: . . -		
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Concubinato		
End.Local.: - - -				

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 666069	Data: 21/05/2018 22:33:02	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____:
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____:
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME MICHAEL THALES COMES MARQUES IDADE 24 anos DATA 25/05/2018HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 55 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL (X) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA Fratura de fêmur CIRURGIÃO Adriano

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>143/82</u>	<u>138x64</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>94</u>	<u>77</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98%</u>	<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Elémia</u>	<u>Adriano</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>09</u>	<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	<u>Maria Jordana da Oliveira</u> CRM-PI 404.168	<u>forner</u>

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda: () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em POZ de fratura de fêmur, calmo, consciente, ar ambiente.Maria Jordana da Oliveira
CRM-PI 404.168

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

19:50

HORÁRIO

Marcos Crisanto
Anestesiologista
CRM-PI 5881 / GRM-MA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

Retorno

EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] J4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] PORT [] NEU [] CIR [] MÉD

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 95741
	AIH: 2218100303034

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - III	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - III	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 700005861802402	NOME DO PACIENTE MICHAEL THALISON GOMES MARQUES	NASCIMENTO 13-07-1993	SEXO M	PRONTUÁRIO 477251
DOCUMENTO CPF 96999999999	TELEFONE 96999999999	NOME DA MÃE ELIANE THALISON GOMES	RESPONSÁVEL ELIZETE GOMES RODRIGUES DE SOUSA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
BAIRRO MATADOURO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RAIO X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR ESQUERDO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRIA/MATOLOGIA

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

21-05-2018

(1) RDN: 03 - APVALDO DE ALMEIDA FREITAS NETO

CPF: 71603921320

CRM:

DATA ADMISSÃO

21/05/2018 22:33

DATA ALTA

27/05-2018 09:30

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
 APVALDO DE ALMEIDA FREITAS NETO CPF: 71603921320 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CPF: DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/05/18

NOME DO PACIENTE: Michael Chalisen Gomes Marques	PRONTUÁRIO Nº: 477251
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Raque	Nº DA SALA: 08
CIRURGIÃO: Dr. Fernando	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Hugo	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Augusta	CPF Nº:



MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7,5 e 80	PAR	05	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	150		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	10		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	150		SERINGA 5CC	UNID.	01	
SCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES 5.0	PAC.	15		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	01		Eletródos	und	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	Ocorrência Exocervix	und	03	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Cupom	und	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				D. suctor 4.8	und	01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0	und	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 0	und	02		CIRCULANTE: Dêima			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Incisão DTD sob anestesia local
 - 2) Expor o local da lesão
 - 3) Via lateral + dissecação
 - 4) Redução
 - 5) Fixação com placa + parafusos
 - 6) Lavagem com SF 0,9%
 - 7) Sutura
- Curativo

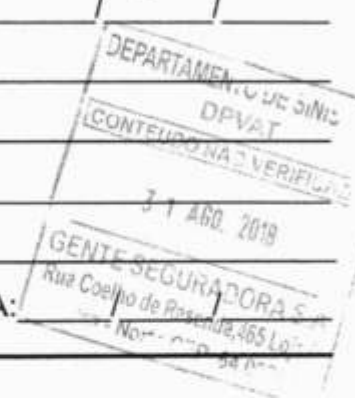
Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
3467-11513

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Michael Thelison Gomes Marques
 Nº AIH: 214846
 Nº do Prontuário: 477251 Data da Internação: / /
 Procedimento Médico Realizado:
 Indicador de Compatibilidade: 0702030910

MEDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Fernando
 CRM Nº CPF Nº

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 25/05/18 DATA DA ALTA:



Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
Cx - D0848	01 placa DCP 4,5mm 10 furos parafusos corticais me 46 (02) me 48 (01) me 42 (01) me 36 (05)

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 25 de maio de 2018

Nome do Hospital: HUI Zenon Rocha

C.N.P.J:

Assinatura:

Cargo:

Nome: Anália

Dr. Fernando C. de Oliveira
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI 3467-TESTE 1:313

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

477051

Moitzel

NOME DO PACIENTE Michael Thalison Gomes	PRONTUÁRIO 13.07.1993	DNASCIMENTO 13.07.1993	CLÍNICA 229	ENF. ou APT. 229	LEITO 218
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES Fa. digestiva (F)	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE				
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 20/07/18 HORA: 14:47h	OBSERVAÇÕES				
1 Data livre	HORÁRIO				
2 14:47h	14:47h Admitido no procedimento do P-01 e protótipo de duodeno de jejuno e F-02, líquido, ependo- co, edema acentuado em membro protótipo. Desconhece alergia a fármacos, HA e DA.				
3 18h	Enfermeira COREN 124644				
4 Transfusão de R- F3 P/A, PV 0,50					
5 D-02 - 2,0cc - AD - 100 - 100					
6 SI w bck					
11 d-07 (F)					
12 d-07 (F)					

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA
DPVAT
CONTEÚDO DAS VERIFICAÇÕES
31 ABR. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 100, L. 101
Nordeste, Rio de Janeiro, RJ 20040-000



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 8129 - Em: (21/05/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:				
214846	477251	MICHAEL THALISON GOMES MARQUES	POSTO 1	ENFERMARIA 100	LEITO	FERDINAND CARVALHO ALMEIDA				
Evolução:			Diagnóstico/Comorbidades:							
Hora: 23:50			Alergias:							
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta										
1	ORAL Tipo 1444. Visto Nutricionista Adriana Karla CRN/PI 6326		1,00	Frasco	EV	24/24h				0563-Adm. bto pda
2	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO		1,50	Ampola	EV	6/6h				TTU Limpo de 22/21/18
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.		1,00	Ampola	EV	12/12h				de 12/21/18
4	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.		1,00	Cápsula	Oral	24/24h				44716
5	ENOXAPARINA SÓDICA 40MG/0,4ML SOL. EM SERINGA INJETÁVEL		1,00	Seringa	Subcutá	24/24h				

6- Tramal 100mg + SF0,9% 100mL EV 6/6h



MLE 111



Ac C. C

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES** (Prontuário: 477251)
 Endereço: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 13/07/1993 Idade: 24a11m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 666069
 Requisição: 840206 Solicitação: 21/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1038872 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 21/05/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)



TERESINA - PI 20/06/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES** (Prontuário: 477251)
 Endereço: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 13/07/1993 Idade: 24a11m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 666069
 Requisição: 840207 Solicitação: 21/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1038873 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 21/05/2018

COXA ESQUERDA

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no terço médio do fêmur esquerdo.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 20/06/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES** (Prontuário: 477251)
Endereço: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 13/07/1993 Idade: 24a11m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 666069
Requisição: 840207 Solicitação: 21/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1038874 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 21/05/2018

JOELHO ESQUERDO

O estudo radiológico do joelho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)



TERESINA - PI 20/06/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES** (Prontuário: 477251)
 Endereço: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 13/07/1993 Idade: 24a11m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 666069
 Requisição: 840207 Solicitação: 21/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1038875 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 21/05/2018

TORNOZELO ESQUERDO

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 20/06/2018


VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Michael Thalison Gomes Marques

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 477251

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA.

Imp: 21/05/2018 22:38:51

(User: JAIRO FEITOSA)

(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MICHAEL THALISON GOMES MARQUES	Prontuário:	477251
Mãe:	ELIANE GOMES DE MELO	Pai:	
End.Resid.:	RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	13/07/1993	Idade:	24a:10m:8d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-3213-4449
Responsável:	ELIZETE GOMES RODRIGUES DE SOUSA	CNS:	700005861802402
Profissão:	SERVENTE DE PEDREIRO	Documento:	CPF: . . -
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Comcubinato
End.Local.:	- - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	666069	Data:	21/05/2018 22:33:02	Condução:	AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S.U.S.
Acid.Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
CID Secundario:	V299				

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
QUEDAS	Dor intensa	CIRURGIA GERAL	Laranja
Breve História:		Profissional Clas. Risco:	
Paciente vítima de colisão moto x carro há 30 min. Estava pilotando a moto. Trazido pelo SAMU básico com dor intensa e edema na coxa E e escoriações no hálux D. Nega HAS, DM e alergias. Glasgow 15. Eupnéico.		JAIRO JOSÉ DE MOURA FEITOSA COREN 20364 PI Em: 21/05/2018 22:38:50	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente vítima de trauma por acidente automobilístico (colisão com moto) -
glauco com exposto, relato de dor de cabeça depois o olho, não pode
de conciliar, náusea ou vômito. A) Visão sem prejuízo, com cor normal e
pupila normal. B) Esp. muco, SPA. SpO2: 99%. C) TC: 88 bpm. E Ab: 60 bpm, su-
dor a pele normal/úmida, pele sem edema e melizagem. D) Reflexo 15.
Reflexo rotineiro, reflexos de arcos, reflexos msc e mto, msc com mto de
tônus (melizagem). E) Pua 6 injeções, euvoniz p.

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

→ Soluções = Rx de coxa, pulso e tornozelo 6.
Rx de p.D.

RAIO-X REALIZADO

DATA 21/05/2018

Técnico: *[assinatura]*

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Procedimento

CID

Elizete Gomes R. de Sousa
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 21/05/2018 22:39:03

(JAIRO FEITOSA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: MICHAEL THALISON GOMES MARQUES			Prontuário: 477251	
Mãe: ELIANE GOMES DE MELO		Pai:		
End.Resid.: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010				
Nascimento: 13/07/1993		Idade: 24a:10m:8d		Sexo: Masculino
Responsável: ELIZETE GOMES RODRIGUES DE SOUSA		CNS: 700005861802402		
Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO		Documento: CPF: . . -		
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Concubinato		
End.Local.: - - -				

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 666069	Data: 21/05/2018 22:33:02	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:____	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
DEPARTAMENTO DE SINIA OPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 31 AGO. 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende 455 3.º And - CEP: 64017-770 Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____:____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
--

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:____	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____:____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
--

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME MICHAEL THALES COMES MARQUES IDADE 24 anos DATA 25/05/2018HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 55 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL (X) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA Fratura de fêmur CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>143/82</u>	<u>138x64</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>94</u>	<u>77</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98%</u>	<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Elémia</u>	<u>Adriana</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO						
	0	2	4	6	8	10
ESCALA DE DOR ALTA						
	0	2	4	6	8	10

TOTAL	<u>09</u>	<u>10</u>
ASS.	<u>Maria Jordana da Oliveira</u>	<u>forner</u>

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda: () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em POZ de fratura de fêmur, calmo, consciente, ar ambiente.

[Handwritten signature and stamp area]

PRESCRIÇÃO MÉDICA: ALTA SRPA: 19:50 HORÁRIO: **Marcus Crisanto** Anestesiologista CRM-PI 5881 / GRM-MA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS [] Retorno **EMERGÊNCIA PED. UTI:** [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] PORT [] NEU [] CIR [] MÉD

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 95741
	AIH: 2218100303034

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - III	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - III	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 700005861802402	NOME DO PACIENTE MICHAEL THALISON GOMES MARQUES	NASCIMENTO 13.07.1993	SEXO M	PRONTUÁRIO 477251
DOCUMENTO CPF 36999999999	TELEFONE 36999999999	NOME DA MÃE ELIANE THALISON GOMES	RESPONSÁVEL ELIZETE GOMES RODRIGUES DE SOUSA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NÚMERO / LOTE
BAIRRO MATADOURO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RAIO X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR ESQUERDO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRIA/MATOLOGIA

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

21-05-2018

(1) RDN: 03 - APVALDO DE ALMEIDA FREITAS NETO

CPF: 71603021320

CRM:

DATA ADMISSÃO

21/05/2018 22:33

DATA ALTA

27/05-2018 09:30

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
ELCIO FELIPE SANTOS FERREIRA CPF: 5376035394 CRM: 054455-1/PR	PR CPF: 71603021320 DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/05/18

NOME DO PACIENTE: Michael Chalisen Gomes Marques	PRONTUÁRIO Nº: 477251
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Raque	Nº DA SALA: 08
CIRURGIÃO: Dr. Fernando	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Hugo	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Augusta	CPF Nº:



MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7,5 e 80	PAR	05	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	150		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	10		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	150		SERINGA 5CC	UNID.	01	
SCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES 5.0	PAC.	15		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	01		Eletródos	und	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Exocervix	und	03	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Cupom	und	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				D. suctor 4.8	und	01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0	und	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 0	und	02		CIRCULANTE: Dêima			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Incisão DADA sob anestesia local
- 2) Expor o local da fratura
- 3) Via lateral + dissecação
- 4) Redução
- 5) Fixação com placa + parafusos
- 6) lavagem e SFQ, etc.
- 7) Sutura
- 8) Curativo

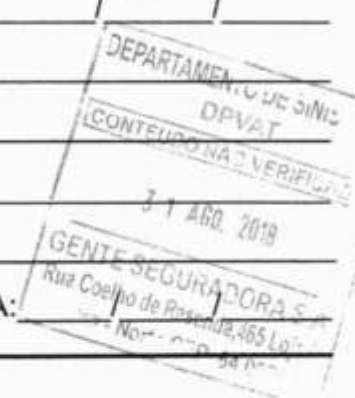
Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
3467-11513

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Michael Thelison Gomes Marques
 Nº AIH: 214846
 Nº do Prontuário: 477251 Data da Internação: / /
 Procedimento Médico Realizado:
 Indicador de Compatibilidade: 0702030910

MEDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Fernando
 CRM Nº CPF Nº

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 25/05/18 DATA DA ALTA:



Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
Cx-D0848	01 placa DCP 4,5mm 10 furos parafusos corticais me 46 (02) me 48 (01) me 42 (01) me 36 (05)

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 25 de maio de 2018

Nome do Hospital: HUI Zenon Rocha

C.N.P.J:

Assinatura:

Cargo:

Nome: Anália

Dr. Fernando C. de Oliveira
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI 3467-TESTE 1:313

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

477051

Moitzel

NOME DO PACIENTE Michael Thalison Gomes	PRONTUÁRIO 13.07.1993	DNASCIMENTO 13.07.1993	CLÍNICA 229	ENF. ou APT. 229	LEITO 218
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES Fa. digestiva (F)	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE				
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 20/07/18 HORA: 14:47h	OBSERVAÇÕES				
1 Data livre	HORÁRIO				
2 KVO	14:47h Admitido no procedimento do P-01 e protótipo de duodeno de jejuno e.				
3 Cletoe 40 - 81 18h	Fósebo, líquido, epuel-co, edema acentuado em membro protótipo.				
4 Transfusão de R- F3 P/A, 80/1050	Desconhece alergia a fármacos, HA e DA.				
5 D-busa - 2,0cc - AD - 17h	Enfermeira COREN 124644				
6 SI w bck					
11 d. op (F)					
10ta N					

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA
DPVAT
CONTEÚDO DAS VERIFICAÇÕES
31 ABR. 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Rua Coelho de Resende, 100, L. 101
Nor...



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 8129 - Em: (21/05/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:				
214846	477251	MICHAEL THALISON GOMES MARQUES	POSTO 1	ENFERMARIA 100	LEITO	FERDINAND CARVALHO ALMEIDA				
Evolução:			Diagnóstico/Comorbidades:							
Hora: 23:50			Alergias:							
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta										
1	ORAL Tipo 1444. Visto Nutricionista Adriana Karla CRN/PI 6326		1,00	Frasco	EV	24/24h				0563-Adm. bto pda
2	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO		1,50	Ampola	EV	6/6h				TTU Limpo de 22/2/16
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.		1,00	Ampola	EV	12/12h				de 14/11/16
4	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.		1,00	Cápsula	Oral	24/24h				44716
5	ENOXAPARINA SÓDICA 40MG/0,4ML SOL. EM SERINGA INJETÁVEL		1,00	Seringa	Subcutá	24/24h				

6- Tramal 100mg + SF0,9% 100mL EV 6/6h

Ac C.C

Dr. Fernando de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3457 - TEOT 11913

MIE

31 Abr 2018

DEPARTAMENTO DE DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Ld.
Nor. 67054-000

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES** (Prontuário: 477251)
 Endereço: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 13/07/1993 Idade: 24a11m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 666069
 Requisição: 840206 Solicitação: 21/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1038872 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 21/05/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)



TERESINA - PI 20/06/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES** (Prontuário: 477251)
 Endereço: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 13/07/1993 Idade: 24a11m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 666069
 Requisição: 840207 Solicitação: 21/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1038873 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 21/05/2018

COXA ESQUERDA

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no terço médio do fêmur esquerdo.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 20/06/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES** (Prontuário: 477251)
 Endereço: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 13/07/1993 Idade: 24a11m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 666069
 Requisição: 840207 Solicitação: 21/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1038874 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 21/05/2018

JOELHO ESQUERDO

O estudo radiológico do joelho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)



TERESINA - PI 20/06/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES** (Prontuário: 477251)
 Endereço: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 13/07/1993 Idade: 24a11m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 666069
 Requisição: 840207 Solicitação: 21/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1038875 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 21/05/2018

TORNOZELO ESQUERDO

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 20/06/2018


VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



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

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0211891
Data: 15/09/2018
Funcionário: ERALDO
Registro: 82019
Hora: 14:02:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 83

SUS



GIL CELIO DE MENESES FONTINELE

Nasc.: 22/11/1970 Idade: 48 ANOS, 6 DIAS

End.: HERACLITO FORTES, 16 -

Cor: SEM Telefone: () -

Bairro:

Cidade: BRASILEIRA/PI

Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE M FONTINELE

Pai:

CPF: - RG: - SUS:

Profissão:

Civil:

CEP: 6426501

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 7257 - BRUNO RAPHAEL BASTOS COELHO

Responsável: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 110X90

Procedimentos

15/09/2018 14:02 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉD

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: DOR NO BRAÇO

Exame clínico/físico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

Documentacao medico - hospitalar



Ficha de Atendimento

Atendimento: P0211891

Funcionário: ERALDO

Senha

CPF: - RG: - SUS:

Profissão:

Bairro:

Cidade: BRASILEIRA/PI

Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE M FONTINELE

Mãe: BRUNO RAPHAEL BASTOS COELHO

Mãe: MESMO Temp.: 0°C

Procedimentos

Procedimentos/exames realizados:

PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR

Anotação de enfermagem

DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Responsável: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE

PROFISSIONAL

Saúde
Estado do Piauí



FEPISERH
Fórum Estadual de Políticas de Saúde



Sistema
Único de
Saúde

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

CNPJ: 06.553.564/004-80 - PIRIPIRI-PI

E-mail: hcr@saude.pi.gov.br

RECEITUÁRIO

NOME:

Aleide

Atento pro Cid Célia de Moraes
fortunely entre internado de
de 16/09/18 e morte de
mais 120 (cento e vinte) dias
de aporia morte de mais de
idade

5420.

20/09/18

DR. FELIPE VIEIRA PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PI 4427

Assinatura e carimbo

CL. CL. NO. DE MENESSES FONTINELE
PS 0002X INT

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS



Level: 980
Width: 1000

REC JAYRA
Fecha: 18/09/2016 Hora: 11:26



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RETORNO ORTOPÉDICO

NOME:

Cpt Celso de Almeida

RETORNO COM DR.

Renato

EM

3, 10, 78

OU +

DIAS

DIAGNÓSTICO

Fract. Clavícula

RECOMENDAÇÕES

curativo diário

usar fêrris americano

Ativos físicos, em 15 dias

PIRIPIRI,

20, 9, 78

DR. FELIPE VERNER MAGNOLLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PIAUÍ

**SUS**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

H R C R

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H R C R

3 - CNES

2777746

4 - CNES

2777746

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Gil Celio de Menezes Fontenele

6 - ID DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/11/70

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - ENDEREÇO

11 - NOME DA MÃE

Maria Alzair de Menezes Fontenele

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO, Nº, BAIRRO

Q 2, n: 36

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Brasília

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Travar por queda de 1,50m com dor de cabeça de início

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ognação de

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

Amanha f e f + 1/2

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fract - de humero

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ognação de

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - NOME DO PROCEDIMENTO

27 - CARACTERÍSTICA DA INTERNAÇÃO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO

29 - NOME DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO PROCEDIMENTO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO

32 - NOME DO PROCEDIMENTO

33 - NOME DO PROCEDIMENTO

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE(ASSISTENTE)

Felix Velly Aguiar

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/09/17

36 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DR. FELIPE VERNER TAVARES
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - 15662**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

37 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - 1 - ACIDENTE TRABALHO FRAJETO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - NOME DA SEGURADORA

42 - NOME DA SEGURADORA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - NOME DA EMPRESA

45 - NOME DA EMPRESA

46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO

2 - EMPREENHADOR

3 - AUTÔNOMO

4 - DESEMPREGADO

5 - APOSENTADO

6 - OUTRO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - CNES

53 - CNES

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

55 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

Ident:	1015112
15/09/2018	
19:56	

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

Nº AIH
OTAVIO

BOLETIM DE ADMISSÃO

B2019 - GIL CELIO DE MENESES FONTINELE

- Sexo: MASCULINO - 22/11/1970 - 47 ANOS.9 MESES.23 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: OB02- OBSERVACAO 02 Leito: OB0204 Naturalidade:

Escolaridade: Médico: 4427 - FELIPE VERNER PAGNONCELLI

CPF: RG: C/N: CNS:

Endereço: Q 2. Nº 16 - CEP: 64265000 Bairro:

Cidade: 2201960 - BRASIL, EIRA/PI Profissão: Telefone () -

Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE M FONTINELE

Responsavel: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE - () -- O MESMO

Diagnostico inicial: 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo: *fract. do ulna*

Resultado

☐ Curado	☐ Removido	☐ -48 Horas
☐ Melhorado	☐ Pedido	☐ +48 Horas
☐ Interferido	☐ Evasão	☐ Obito
☐ Picado	☐ Indisciplina	

Transferido

História Clínica

*Adm. por placa
 de ulna, de dia e
 noite de 01/10/18*

Diagnóstico Provável

fract. do ulna

*Dr. Felipe Verner Pagnoncelli
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA*

PROFISSIONAL

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES,
CENTRO, PIRIPIRI/PI - 64260-000
CNPJ: 05553564000480
(86) 3276-3362 - (86) 3276-3362

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0211891
Data: 15/09/2018
Funcionario: ERALDO

Registro: 82019
Hora: 14:02:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 83

SUS



GIL CELIO DE MENESES FONTINELE

Nasc.: 22/11/1970 Idade: 47 ANOS, 9 MESES, 23 DIAS Profissão:
End.: Q 3, 16 - Bairro:
Con: SEM Telefone: () - Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE M FONTINELE Pai:

CPF: - RG: - SUS:

Civil:

CEP: 642650

Cidade: **BRASILEIRA/PI**

Clinica: **CLINICA MEDICA** Documento: 7257 - BRUNO RAPHAEL BASTOS COELHO

Responsavel: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE - O MESMO

Temp.: 0°c

Peso: 0Kg

P.A.: 110X90

Procedimentos

15/09/2018 14:02 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MED
15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: DOR NO BRAÇO

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

- Trauma em ombro E.

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Anotação de enfermagem

- Raxio X no Ombro E.

- Diclofenaco - 1 AMP, IM

- Dipirona - 1 AMP, IM

- Parecer da ortopedica.

- Trauma por queda de 1m c/

dor no ombro esquerdo @

pac: Erivaldo Chaves

col: M. Fontinele

DR. FELIPE VERNER FAGUNDES
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PI 4477

Dr. Bruno Raphael Bastos Coelho
Médico
CRM-PI 7257

* Gil Celio de M. Fontinele

PROFISSIONAL

Responsavel: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE

**SUS**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

H R C R

2 - C.F.S.

27777741

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO FILIAL

H R C R

4 - C.N.E.S.

27777741

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Gil Celio de Menezes Fontinele

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

22/11/70

8 - SEXO

Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 2

9 - NOME DA MÃE

Maria Alzaia de Menezes Fontinele

10 - C.D.B.

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - RESPONSÁVEL

13 - C.D.B.

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO COMPLETO, Nº, BAIRRO

Q. 2, N.º 16

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Brasília

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fazer por queles de 1000 cc
do ser logo de melo

21 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO

Ocupado de

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

Análise f e f + f

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fract. de humero

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

ortopedia fr. de humero

28 - COD. DO PROCEDIMENTO

29 - NOME DO PROCEDIMENTO

fract.

30 - NOME DO PROCEDIMENTO

fract.

31 - NOME DO PROCEDIMENTO

fract.

32 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fract. de humero

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/09/77

34 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

DR. FELPE VIEIRA TRONCOSO

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM - 6667

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

38 - DATA DO ACIDENTE

39 - CATEGORIA

40 - NOME DO BENEFICIÁRIO

41 - CATEGORIA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APROVENTADO

INAPROVENTADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORÇÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO CONSELHO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - C.N.S.

C.M.

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO DO PROFISSIONAL



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

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0211891
Data: 15/09/2018
Funcionario: ERALDO

Registro: 82019
Hora: 14:02:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 83

SUS



GIL CELIO DE MENESES FONTINELE

CPF: - RG: - SUS:

Nasc.: 22/11/1970 Idade: 47 ANOS, 9 MESES, 23 DIAS Profissão:

Civil:

CEP: 6426501

End.: Q 2, 16 -

Bairro:

Cidade: BRASILEIRA/PI

ISG: 2201960 Cor: SEM Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE M FONTINELE

Pai:

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 7257 - HRCR

Responsavel: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE - O MESMO

1

Procedimentos

15/09/2018 14:02 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MEI)

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

Motivo de atendimento: DOR NO BRAÇO

QUEIXA/HISTÓRIA

PCTE REFERINDO DOR EM MSE APÓS QUEDA DE MOTO DIA ANTERIOR

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 110X90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA

MEDICAÇÃO USUAL

CONDUTA

AVALIAÇÃO CLINICA

Gisella Amorim Santana
Enfermeira
COREN-PI 352814

PROFISSIONAL

Responsavel: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA
Nº 100356120150
MULHER, 663 3770 3352



PACIENTE: 1003512-GIL CELIO DE N

ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA

CONTINENTE

IDADE: 48 ANOS

SUB

ADMISSÃO: 15/09/2018

DIAS INTERNADO: 5

PRESCRIÇÃO MÉDICA

20/09/2018 - 07:55:56

DIETA LIVRE

ALTA HOSPITALAR

1,00

DR. FELIPE MENDES MACIEL
Oxofobia e Transtornos
CRM - 117422
PROFISSIONAL



HOSPITAL REGIONAL CHUVAS RODRIGUES
AV. DR. PAQUA MENDES, 300 - CENTRO
64260-000, PIRIPIRI/PI
CNPJ: 06553564/000480
TELEFONE: (86)



Impresso: 19/09/2018 - 11:25

Página: 1

PACIENTE: M15112-GIL CELO DE MENESES FONTINELE

IDADE: 48 ANOS

SUS

ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LETO:CM0701

ADMISSÃO: 15/09/2018

DIAS INTERNADO: 4

PRESCRIÇÃO MÉDICA

19/09/2018 - 11:25:56

DIETA ZERO

ACESSO SORUMIZADO	1,00			
TILOXILAN 20MG PO 100ML/75 SOLUÇÃO INJETÁVEL	1,100	FRAMPENDOVENOSA (EV)	12/12H	
DIFERONA 1G AMP	1,100	UN	ENDOVENOSA (IV)	06/06H
SORO FISIOLÓGICO 0,9% SODIA SETEMA FLECHADO	2,200	AMP	ENDOVENOSA (EV)	35GTS/MIN
SORO Glicosado 50MG/ML 5% SODIUM	1,000	TRA	ENDOVENOSA (EV)	35GTS/MIN
CETACOTINA 1G (INJ)	1,100	FRAMPENDOVENOSA (EV)	06/06H	
GLIMETININA 60MG/ML 2ML	1,100	AMP	ENDOVENOSA (IV)	08/06H
SVA + CCGC				

9:30: PA: 170/60 mmHg
FX: 36°C
26:30: PA: 120/80 mmHg
FX: 36°C
parada

PROFISSIONAL

M 2-127

PACIENTE: 1015112-GII. CEO DE MENESES FONTINELE

IDADE: 48 Anos

505

ENFERMARIA: CMO7-CLINICA MEDICA LEITO: CMO701

ADMISSÃO: 15/09/2018

BIAS INTERNA DO: 3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

18/09/2018 - 10:57:00

DISTAZENCO

ACESSO SOLICITADO	1,00		
TELEFONE 20W G 30 LIOHILLO 2/50LITÇAO	1,00	FRAMP ENDOVENOSA (LV)	12/12H
INJEÇÃO	1,00	UN	ENDOVENOSA (FV)
DIPLOMA 16 AMP	1,00	AMP	ENDOVENOSA (LV)
SERVO FISIOTERAPIA 9% ECONOMIA 15% MATECHADO	2,00	AMP	ENDOVENOSA (LV)
SOLUÇÃO FISIOTERAPIA 50MG/ML 5% 500ML	1,00	FRA	ENDOVENOSA (LV)
CITRATO DE SÓDIO 10 MG	1,00	FRAMP	ENDOVENOSA (LV)
GF NITROGLICINA 80MG/ML 2ML	3,00	AMP	ENDOVENOSA (LV)

OT 1000 and 50. Orange + 10000 10000 10000

[illegible]

11/11/2014

2

P-A: 120x80mm + 8p
 Tax: 36,10€

Trifluor

PROFESSOR

Weeks or Months



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO DE ANESTESIA

NOME		Ed Cléo de Azevedo Varancho					
DATA	ENFERMARIA		CLÍNICA				
IDADE	SEXO ☐ M ☐ F	COR	PESO (KG)	ALTURA (CM)	ASA	MALLAMPATTI	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de clavícula							
TIPO DE CIRURGIA Tort. cervical							
MEDICAMENTOS EM USO N							
TEMPERATURA	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	HTM	HTC	HB	LEUCOMETRIA	
GLICEMIA	URÉIA / CREATININA	SÓDIO / POTÁSSIO	PLAQUETAS	TAP / ITPA / RNI	OUTROS		
ALERGIAS N							
COMPLICAÇÕES EM ANESTESIAS ANTERIORES							
TEMPO DE JEJUM	ESTADO FÍSICO	ECG	RX TORAX	ANESTESIA PROPOSTA	ELETIVA	URGÊNCIA	

ECTOSCOPIA	AP. CARDIOVASCULAR	AP. RESPIRATÓRIO	SIST. NERV. CENTRAL	OBS. COMPLEMENTARES
☒ BOM ESTADO GERAL	☒ HEMODINÂMICA ESTÁVEL	☒ EUPNEIA	☒ ACORDADO	
☐ ESTADO GERAL REGULAR	☐ HEMODINÂMICA INSTÁVEL	☒ MV FISIOLÓGICO	☐ LÚCIDO	
☐ ESTADO GERAL PRECÁRIO	☐ TAQUICARDIA	☐ TAQUIPNEIA	☐ ORIENTADO	
☐ CORADO	☐ BRADICARDIA	☐ DISPNEIA	☐ SONOLENTO	
☐ DESCORADO - PÁLIDO	☐ PRESSÃO ARTERIAL NORMAL	☐ MV DIMINUIDO	☐ DESORIENTADO	
☐ HIDRATADO	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL	☐ SIBLOS	☐ ANSIOSO	
☐ DESIDRATADO	☐ HIPOTENSÃO ARTERIAL	☐ BRONCOESPASMO	☐ AGITADO	
☐ ICTÉRICO	☐ CHOQUE	☐ RONCO / ESTERTORES	☐ COMA	
☐ ANICTÉRICO	☐ RIMO CARDÍACO R 2T	☐ TOSSE	☐ ISOCORIA	
☐ CIANÓTICO	☐ ARRITMICO	☐ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	☐ ANISOCORIA	
☐ ACIANÓTICO	☐ EXTRASSISTÓLES	☐ SUDORESE	☐ DEFICIT MOTOR	

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	DOSE	HORA	EFEITO
INTERVALO ANESTÉSICO			
AGENTS	OXIGÊNIO L/MIN		
	ÓXIDO NITROSO L/MIN		
	HALOTANO	VOL. TOTAL:	
	ISOFLURANO	VOL. TOTAL:	
	SEVOFLURANO	VOL. TOTAL:	
LÍQUIDOS ENDOVENOSOS			

PA	TC	FC	FR	PA
240	40	240		240
220		220		220
200	40	200		200
180		180		180
160		160		160
140	30	140		140
120		120		120
100	20	100		100
80		80		80
60		60		60
40		40		40
20		20		20
0		0		0

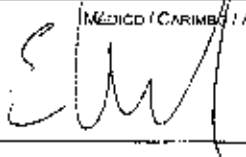
ESPONTÂNEA
 ASSISTIDA
 CONTROLADA

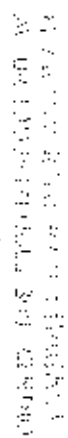
LEGENDA
 POSIÇÃO

DRUGAS / CONCENTRAÇÃO / VIA	DOSE	TÉCNICA ANESTÉSICA	MONITORIZAÇÃO
A			☒ E.C.G. ☒ SPO ₂ ☐ P.I.A.
B			☒ P.N.I. ☐ CO ₂ ☐ AGENTES
C			INTERCORRÊNCIAS
D			
E			
F			
G			
H		☐ T.O.T. Nº: ☐ T.M.T. Nº:	☐ M. LARÍNGEA Nº: ☐ M. FACIAL:
I		INÍCIO	FIM
J			DURAÇÃO
K		SF:	RL:
L		RS:	SG:
M		CH:	PL:
N		ANESTESISTA	CIRURGIÃO
O			
P			

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA		
HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ANOTAÇÕES

ALTA PARA ENFERMARIA	

MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA




64260 007, 06, 000, 81
CNPJ: 05553564/00484
TELEFONE: (86) 3276-3362



Page: 17

PACIENTE: 1015112-GIL CELIO DE MENESES FONTINELE

IDADE: 48 Anos

575

ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LEITO:CM0701

ADMISSÃO: 15/09/2018

CLAS INTERNA DO: 7

PRESCRIÇÃO MÉDICA

17/09/2018 - 07:28:55

GIFTA LIVE

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
ACESSO SOROLIZADO	1,00		
TENOXICAN 20MG PO CILINDRO P/ SOLUÇÃO	1,00	FRAMFENDOVANOSA (FV)	12/12H
INJETAVEL			
OMRONA 1G AMP	1,00	UN	ENDOVANOSA (V)
			05/06H

SSV + COGG

$\phi = 35^\circ$ garuda
 $\phi = 30^\circ$ 110/edmunds
 $\phi = 36^\circ$ garuda

F.A.: 120X10mm aff
0

COREN

Dr. Guillermo M. M. Torres
Médico
CRM: 5358

PROFESSIONAL.



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

BOLETIM DE GASTO CIRÚRGICO

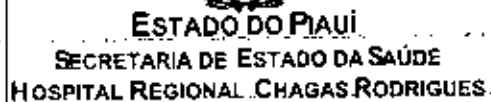
NOME: *Celso de Moraes Fontinele*
ENFERMARIA: *101. Renato Jorge* LEITO: *101. Eduardo* ANESTESISTA: *101. Eduardo*
CIRURGIA: *Histórico*
INÍCIO: *10:30* TÉRMINO: *10:50* ANESTESIA: *Histórico*

MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE
AGULHA 13 x 4,5			ATADURA GESSADA			EFEDRINA		
AGULHA 25 x 7	X	03	MICROPÓRE	X		FUROSEMIDA/PROMETAZINA		
AGULHA 30 x 7			ESPÁRADRAPO			GLICOSE 25%		
AGULHA 30 x 8			DIOS CIRÚRGICOS			GLICOSE 50%		
AGULHA 40 x 12			MONONYLON Nº 0			GLUCONATO DE CÁLCIO		
AGULHA DE RAQUE 20G x 3			MONONYLON Nº 1			HEPARINA		
AGULHA DE RAQUE 22G x 2			MONONYLON Nº 2			NITROPRUSSATO		
AGULHA DE RAQUE 22G x 3			MONONYLON Nº 3	X	01	PROSTIGMINE		
AGULHA DE RAQUE 25G x 3			MONONYLON Nº 4			METOCLOPRAMIDA		
AGULHA DE RAQUE 26G x 3			MONONYLON Nº 5			SUCCINILCOLINA		
AGULHA DE RAQUE 27G x 3			MONONYLON Nº 6			SULFATO DE MAGNÉSIO		
SERINGA 1 ML			MONONYLON Nº 7			METILPREDNISOLONA		
SERINGA 5 ML			VICRYL Nº 0			DICLOFENACO		
SERINGA 10 ML			VICRYL Nº 1			ANTIBIÓTICOS		
SERINGA 20 ML	X	02	VICRYL Nº 2			AMPLICILINA		
SERINGA 50 ML			VICRYL Nº 3	X	01	CEFALOTINA	X	01
SERINGA 60 ML			VICRYL Nº 4			CEFALOTINA		
CATETER JELCO Nº 14			VICRYL Nº 5			CEFTRIAXONA		
CATETER JELCO Nº 16			VICRYL Nº 6			GENTAMICINA		
CATETER JELCO Nº 18	X	01	CAT GUT SIMPLES Nº			METRONIDAZOL		
CATETER JELCO Nº 22			CAT GUT SIMPLES Nº			SÓRIOS		
CATETER JELCO Nº 24			CATGUT CROMADO Nº			FISIOLÓGICO 250ML		
CATETER PERITONEAL			CATGUT CROMADO Nº			FISIOLÓGICO 500ML		
SCALP Nº 19			PREPARAÇÕES			GLUCOSADO 5% 250ML		
SCALP Nº 21			ALCOOL 70%	X		GLUCOSADO 5% 500ML		
SCALP Nº 23			ALCOOL 80%	X		RINGER LACTADO 500ML		
SCALP Nº 25			PVPI TÓPICO	X		MANITOL		
SCALP Nº 27			PVPI DEGERMANTE	X		PSICOTRÓPICOS		
EQUIPO INJ. LATERAL			ALCOOL IODADO			MIDAZOLAN 15MG	X	02 ML
EQUIPO POLIFIX 2 VIAS			ÁGUA OXIGENADA			MIDAZOLAN 50MG		
EQUIPO POLIFIX 4 VIAS	X	01	VASELINA LÍQUIDA			DOMOTIDOLISSAL		
EQUIPO MACROGOTAS			FORMOL			FENTANIL FRASCO		
EQUIPO MICROGOTAS			CLOREXIDINA			FENTANIL AMPOLA	X	3 ML
EQUIPO DE SANGUE			ANESTÉSICOS			PROPOFOL		
DRENO DE PENROSE Nº			XYLOCAINA GEL			HALOTANO		
DRENO DE SUÇÃO Nº			XYLOCAINA SPRAY			ENFLURANO		
DRENO DE TORAX Nº			XYLOCAINA 2% SV			ISOFLURANO		
UROFIX SIST. ABERTO			NEOCAINA PESADA	X		SEVOFLURANO 100MG		
UROFIX SIST. FECHADO			NEOCAINA 0,5% SV			SEVOFLURANO 250MG		
ELETRODOS			NEOCAINA 0,5% CV			THIOPENTAL 1g		
LÂMINA Nº 11			BUPRACAÍNA 5 MG			THIOPENTAL		
LÂMINA Nº 15	X	01	MEDICAMENTOS			NARCAN		
LÂMINA Nº 24			ADRENALINA			TAXA EQUIPAMENTO		
LUVA ESTÉRIL 6,5	X	02	AMINOFLINA			BISTURI ELÉTRICO	X	
LUVA ESTÉRIL 7,5	X	02	ATROPINA			ASPIRADOR		
LUVA ESTÉRIL 8,0	X	02	ÁGUA DESTILADA	X	03	AR COMPRIMIDO (H)		
LUVA ESTÉRIL 8,5	X	03	BUSCOPAN			MICROSCÓPIO		
LUVA DE PROCEDIMENTO (PAR)			CECILANIDE			RX EM SALA		
SONDA DE FOLLEY			HIDROCORTISONA 100MG			MONITOR CARDÍACO	X	
TUBO OROTRADUEAL			HIDROCORTISONA 500MG			OXÍMETRO DE PULSO		
CÂNULA TRAQUEOSTOMIA			KCL			CARRO DE ANESTÉSIA		
SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº			NACL 10%			OXIGÊNIO (H)	X	2,1
SONDA GÁSTRICA Nº			NACL 20%			OUTROS		
CERA ÓSSEA			DEXAMET*SONA					
SURGICEL			DIPIRONA					
TELA DE PROLENE			DOBUTAMINA					
ATADURA DE CREPON Nº			EFORTIL					
COMPRESSA								
COMPRESSA DE GAZES								
ALGODÃO ORTOPÉDICO								

DATA: *10/03/10*

INSTRUMENTADOR: *Dr. Estevam*

CIRCULANTE: *Jenilda e Cleide*



DATA: 18/9/18	ENFERMARIA/LEITO:	CLINICA:
---------------	-------------------	----------

DATA:

18/9/21

ENFERMARIA/LEITO:

CLÍNICA:

NONE:

End title in M. Fouilloux

DIAGNÓSTICO:

CD:

A. clausii

CIRURGIA:

PROCEDIMENTO:

Antenna

CIRURGIÃO:

AUXILIAR:

ANESTESISTA:

INSTRUMENTADOR:

TÉCNICA CIRÚRGICA

- Anurans
- Salamanders
- Lizards
- Frogs
- Reptiles & birds can
for hibernation
- Winter problems
- Lizards
- Snakes



MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0167389

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.409.102 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/11/15

NOME MICHAEL THALISON GOMES MARQUES

FILIAÇÃO ELIANE GOMES DE MELO
ANTONIO PEREIRA MARQUES

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 13/07/1993

DOC. ORIGEM CERT.NASC. 213882 L 256 F 321
EXP TERESINA-PI 20/09/93

CPF TERESINA - PI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83

CONTENIDO DO SINIS
OPVAT -
CONTENIDO NA VERIFICAÇÃO
31 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
Nor - CEP 64.000-000



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
056.769.253-10

Nome
MICHAEL THALISON GOMES MARQUES

Nascimento
13/07/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0513

0001401

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINIS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 AGO. 2018
GENTE SEGURADORAS S/A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
- Nor - CEP 54.000-000

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129 DATA DE EMISSÃO 21/10/14

NOME KEYLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO 18/12/1979

BARRA DE GRATAU-MA

DOC. EMISSOR

CER. NASC. 39752-1-53A-F-097

EXP. TERESINA-PI

TERESINA-PI

839.502.303-00

LEI Nº 7.116 DE 20/06/03 - DECRETO Nº 89.250/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0513

0501401

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINIS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 AGO. 2018
GENTE SEGURADORAS S/A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
Nordeste - P. 54 01

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129 DATA DE EMISSÃO 21/10/14

NOME KEYLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO 18/12/1979

BARÃO DE GRATAJÁ-MA

CER. NASC. 39752-53A-F-097

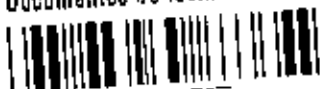
EXP. TERESINA-PI

839.502.303-00

LEI Nº 7.116 DE 20/06/03 - DECRETO Nº 89.250/03

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO GERAL	1.129.856	DATA DE EXPEDIÇÃO	29.03.1989
GIL CELIO DE MENESES FONTENELE			
Firma de Menezes Fontenele			
Francisco Alair de M. Fontenele			
Piripiri-PI		22/NOV/1970	
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
NAS. 9.948. LV. 36. PES. 274. EXP.			
Piripiri-PI, 07. DEZ. 1975			
LEI Nº 7.116 DE 20/09/83			
ASSINATURA DO DETENTOR		ASSINATURA DO TITULAR	
GIL CELIO DE MENESES FONTENELE		GIL CELIO DE MENESES FONTENELE	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		CARTEIRA DE IDENTIDADE	

Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		MINISTÉRIO DA FAZENDA	
ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS		SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL	
DE USO OBRIGATÓRIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS		COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE IMPOSTOS E	
PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCURE A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.		ECONÔMICOS-FISCAIS - CUF	
CARIMBO DO AGENTE EMISSOR		CPF: 396.211.893-49	
039/0013-2		DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF	
10 FEV 1989		GIL CELIO DE MENESES FONTENELE	
AGRICULTOR		NASCIMENTO	
32412 / 1167		22.11.70	
Assinatura do Agente Emissor		Assinatura do Titular	
Gilcelio de Menezes Fontenele		Gilcelio de Menezes Fontenele	
CHIEFE SETOR		CARTEIRA DE IDENTIDADE	

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES REQUERIDO POR SUA GARANTIA E SEU PROPRIETARIO PARA AQUILO QUE FOR OBTIVER O SEGURO DPVAT

PI Nº 012877910102 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
- AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA -**

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

VIA: 1 CPF / CNPJ 72685670300 PLACA FIA-1856

RENAVAM 01125109243 MARCA/MODELO HONDA/CB150 FAN ESDI

ANO FAB. 2014 CAPTIV. 09 CHASSI 9C2KNC1680ERS18152

PAGAMENTO 0007-88 (R\$) PRÊMIO TARIFÁRIO 000000 (TRAN R\$) 000000 SEGURO (R\$)

COTA ÚNICA PAGAMENTO 0007-00 (R\$) 000000 SEGURO (R\$)

COTA ÚNICA PARCELADO 20 COTA ÚNICA CONTINUA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 03.243.630/0001-04
www.seguradoralider.com.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN - PI CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 012B779710102	
PLACA 01125102 RENAVAM 25102		ANTR.C.		EXERCÍCIO 2017	
FRANCISCO ALZAIR DE MENEZES FONT INELE ***** ***** ***** ***** ***** ***** ***** ***** *****		PLACA PIA-1966		CHASSI 962K001890ER579152	
CPF / CNPJ 72685670300		PLACA ANT / UF		COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS	
ESP. DE TIPO		ESP. DE TIPO		ANO FAB 2014	
PAS / MOTOCICL. / NENHUMA		MONDA / CELSO TAN ES DI		SOB. PREDOMINANTE PERUA	
CAP. POT. OIL 02P/014300		CATEGORIA PARTICO		VENG. COTA ÚNICA 1ª 12V1	
VENG. COTA ÚNICA		VENG. COTA ÚNICA		VENG. COTA ÚNICA	
FAIXA IPVA		PARCELAMENTO / COTAS		2ª PAGO	
3ª		3ª		3ª	
PREÇO TOTAL (R\$)		PREÇO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
DATA REGISTRO		DATA REGISTRO		DATA REGISTRO	
LOCAL		LOCAL		LOCAL	
DATA EMISSÃO		DATA EMISSÃO		DATA EMISSÃO	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072477/19

Vítima: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

CPF: 396.211.893-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/09/2018

Titular do CPF: GIL CELIO DE MENESES
FONTENELE

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



GIL CELIO DE MENESES FONTENELE : 396.211.893-49

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 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 cancela 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: 27/02/2019

Nome: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

CPF: 396.211.893-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019

Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

CPF: 156.118.057-28

GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 93.654 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/08/17

NOME FRANCISCA ALZAIR DE MENESES FONTENELE

FILIAÇÃO CARMOSINA MENDES DE MENESES
GIL DE SOUZA MENESES

NATURALIDADE PIRIPIRI-PI DATA DE NASCIMENTO 21/06/1943

DOC. ORDEM CERT. CASAM. 54 L 11A F 93V
EXP. PIRIPIRI-PI 12/04/02
COR 726.856.703-00
1431846

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Estadista Policial Classe Especial

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Francisca Alzair de Menezes Fontenele
1431846

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Fatura Mensal

Medição 2609662-5		Hidrometro A08E037493		FEV/2019																																													
Nome/Razão Social/Endereço FRANCISCA A DE M FONTENELE RUA HORACIO DE SOUSA, 807 CENTRO BRASILEIRA 64265000																																																	
Situação 3/1		Res. 1		Inscrição 121 1 04 0173 0338-000																																													
Entrada em Uso Com. Ind. Pub.		03/01/2019 03/02/2019 30																																															
Historico de Consumo		Forma de Faturamento FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO																																															
<table border="1"><thead><tr><th>Mês/Ano</th><th>Consumo</th><th>Valor</th><th>Outro</th></tr></thead><tbody><tr><td>08/18</td><td>995</td><td>9</td><td>0</td></tr><tr><td>09/18</td><td>1003</td><td>8</td><td>0</td></tr><tr><td>10/18</td><td>1009</td><td>6</td><td>0</td></tr><tr><td>11/18</td><td>1017</td><td>8</td><td>0</td></tr><tr><td>12/18</td><td>1024</td><td>7</td><td>0</td></tr><tr><td>01/19</td><td>1033</td><td>9</td><td>0</td></tr><tr><td>02/19</td><td>1041</td><td>8</td><td>0</td></tr></tbody></table>		Mês/Ano	Consumo	Valor	Outro	08/18	995	9	0	09/18	1003	8	0	10/18	1009	6	0	11/18	1017	8	0	12/18	1024	7	0	01/19	1033	9	0	02/19	1041	8	0	<table border="1"><thead><tr><th>Outro</th><th>Consumo</th><th>Valor</th></tr></thead><tbody><tr><td>01</td><td>911818030</td><td>01</td></tr><tr><td>07</td><td>7</td><td>0</td></tr><tr><td>08</td><td>8</td><td>10</td></tr></tbody></table>				Outro	Consumo	Valor	01	911818030	01	07	7	0	08	8	10
Mês/Ano	Consumo	Valor	Outro																																														
08/18	995	9	0																																														
09/18	1003	8	0																																														
10/18	1009	6	0																																														
11/18	1017	8	0																																														
12/18	1024	7	0																																														
01/19	1033	9	0																																														
02/19	1041	8	0																																														
Outro	Consumo	Valor																																															
01	911818030	01																																															
07	7	0																																															
08	8	10																																															
Nome do Serviço ÁGUA MANUTENCAO HIDROMETRO		Valor (R\$) 28,72 1,00																																															

14/02/2019 **30,32**
PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE MULTA/JURIS HORA.
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

Perímetro	Variação	Qm	Qm	PM	Ferro	Coliformes	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	50	15	50	6000	0,3	Até 1000	Até 100
Até Mínimo de Amostragem							
Até Amostragem Realizada							
Até Amostragem que Não é Legado							
Valor Médio	1.43	1.00	4.79	0.00	0.00		
Preserve a qualidade da água, lave os reservatórios regularmente.							
Mantenha a AGESPISA NA VÍZIA MAIS MANEIRA DE ENTREGA DE CONTÁ ALTERNATIVA. RETIRE 2 VÍZIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL							

AGESPISA Água e Esgoto de Písis S/A Atendimento ao Consumidor 0800 86 8888		Inscrição 121 1 04 0173 0338-000		AC= 82	
Entrada em Uso Com. Ind. Pub.		Medição 2609662-5		Referência FEV/2019	
VENCIMENTO 14/02/2019		TOTAL A PAGAR (R\$) 30,32			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180406166 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHAEL THALISON GOMES MARQUES **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO MÉDIO DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180406166 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHAEL THALISON GOMES MARQUES **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO MÉDIO DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de formas legíveis e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Michael Thelison Gomes Marques
 Nacionalidade: Brasileiro
 Estado Civil: solteiro
 Identidade: 3.409.302
 CPF: 056.769.253-50
 Profissão: Servente de Pedreiro
 Endereço: Rua: Miras Gerais N: 503 B. Mutundouco
 CEP: _____
 Telefone: (86) 99472-9591

OUTORGADO:

Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

RG: 2.212.129

CPF: 839.502.303-00

Profissão: CORRETOR (A)

Endereço: RUA: RUI BARBOSA Nº 3814 BAIRRO: PARQUE ALVORADA TERESINA- PIAUI

CEP: 64.000-090

Telefone: (86) 99472-9591 / 98807-7270 / 3213-2804



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

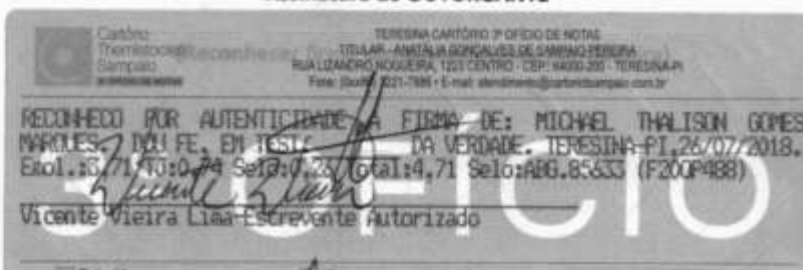
Vítima Michael Thelison Gomes Marques
Teresina. Piau. 26 julho 2018

Local e Data

Michael Thelison Gomes Marques



Assinatura do OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321127/18

Número do Sinistro: 3180406166

Vítima: MICHAEL THALISON GOMES MARQUES

CPF: 056.769.253-10

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: MICHAEL THALISON GOMES MARQUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

MICHAEL THALISON GOMES MARQUES : 056.769.253-10

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 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: 06/09/2018
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2018
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072477/19

Vítima: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

CPF: 396.211.893-49

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 13/09/2018

Titular do CPF: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GIL CELIO DE MENESES FONTENELE : 396.211.893-49

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 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: 27/02/2019
Nome: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE
CPF: 396.211.893-49

GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES**

Nº Sinistro: **3180406166**

Vitima: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES**

Data do Acidente: **21/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180406166**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13318512



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: MICHAEL THALISON GOMES MARQUES
Nº Sinistro: 3180406166
Vitima: MICHAEL THALISON GOMES MARQUES
Data do Acidente: 21/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180406166**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13321714



Rio de Janeiro, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190176042

Vítima: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

Data do Acidente: 13/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190176042

Vítima: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

Data do Acidente: 13/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

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

Comprovação de ato declaratório 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



Rio de Janeiro, 07 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190176042

Vítima: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

Data do Acidente: 13/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

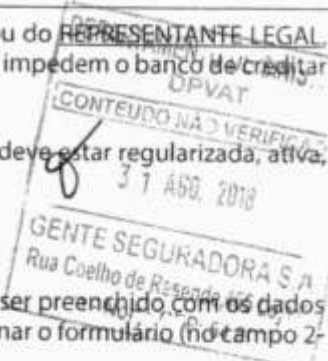
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

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



Numero do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

056.769.253-10

Nome completo da vítima

Michael Thelison Gomes Marques

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Michael Thelison Gomes Marques		CPF titular da conta 056.769.253-10	Profissão Serv. de Produção
Endereço Rua: Minas Gerais		Número 403	Complemento
Bairro Jardim do Ouro	Cidade Brenópolis	Estado Pernambuco	CEP
E-mail		Telefone (DDD) (86) 99472.9591	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 9889 013 92568 6
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

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

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

Thel, Pi 14 de 08 de 18
 Local e Data

Michael Thelison Gomes Marques
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - TERESINA NORTE
DATA: 25/08/2018 HORA: 10:08:56
TERMINAL: 38281001 CONTROLE: 382810010141

COMPROVANTE DE
TRANSFERÊNCIA DE VALDRES

REMETENTE
CGC/AGÊNCIA : 8389 / DINELMAR ROVERE
CONTA : 013.0000328-6
NOME : KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FAVORECIDO
CGC/AGÊNCIA : 1989 / COSTA E SILVA
CONTA : 013.00092568-6
NOME : MICHEL T G MARQUES





Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

Nº do sinistro ou AS:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	396.211.893-49	GIL CELIO DE MENESES FONTENELE
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
GIL CELIO DE MENESES FONTENELE	396.211.893-49	
Profissão:	Endereço:	Número:
ASUDANTE DE VENDAS	RS, HERACITO FORTES - Q-02	36
Bairro:	Cidade:	Estado:
	BRASILEIRA	PI
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
camenegan@hotmail.com	64.265-000	(86) 99823-6360

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

RECEITA MENSAL:			
☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☒ Bradesco (2371) ☐ Itaú (3410) ☐ Banco do Brasil (0010) ☐ Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 5808	CONTA: 0007043	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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.

Rolo 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____	Falecidos: _____
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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.

Local e Data, PIRIPARI-PI, 11/02/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RISCO

Gil Celio de Menezes Fontenele
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

REDE BRANDESCO - CONSULTA DE SALDOS
 01/01/2019 DE MESES FONTIEMLE
 AGENCIA 5000 CONTA 0007043-2

11:12 HPS
 12/FEV/2019

DISPONIVEL
 = TOTAL DISPONIVEL 16,50-
 + CONTA FACIL (C/D + POUF) 16,50-
 TOTAL DE RECURSOS 16,50-

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/D + POUF)
 DEZEMBRO/2018 VALOR
 DIA HISTORICO 0,00
 28 SALDO ANTERIOR 0,00
 12 FEVEREIRO/2019 16,50-
 PARIFA BANCARIA 8110119
 CESTA EXPRESSO
 SALDO TOTAL 16,50-

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS
 POUFANCA FACIL - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12

DIA 100 SALDO EM RENDIMENTO(S)
 ANTERESARTO 12/02/2019 0,00
 28 0,00
 TOTAL 0,00



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002837/2018-99

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 13/08/2018 - 09:25

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Tipo Local
VIA PÚBLICA
Município
TERESINA
Endereço
RUA 24 DE JANEIRO C/ RUA COELHO RODRIGUES, Nº:
Complemento

Data/Hora
21/05/2018 - 21:00

469453

Bairro
CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MICHAEL THALISON GOMES MARQUES
RG: 3409102 SSP PI
Mãe: ELIANE GOMES DE MELO
Pai: ANTONIO PEREIRA MARQUES
Endereço: RUA MINAS GERAIS, Nº 403
Bairro: ACARAPE
Cidade: TERESINA
Telefone(s): 86-3213-4449

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA ODU-4569-PI, COR ROXA, RENAVAM 347308830, PROP. DE ITALO GOMES MARQUES, E QUE TRAFEGAVA PELA RUA COELHO RODRIGUES, QUANDO SE ENVOLVEU EM UM ACIDENTE COM UM TAXISTA DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA PELA RUA 24 DE JANEIRO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 477251). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

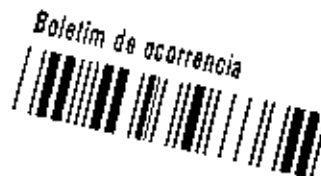
MICHAEL THALISON GOMES MARQUES - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





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



341 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 177696.000015/2019-84

Unidade de Registro: 1º DP DE PIRIPIRI

Resp. pelo Registro: Jesuino Soares Caxias

Data/Hora: 07/02/2019 - 11:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BRASILEIRA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BRASILEIRA

Endereço

RUA PROJETADA, Nº:

Complemento

BAIRRO FREXEIRAS

Data/Hora

13/09/2018 - 15:30

Bairro

PREJUDICADO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GIL CELIO DE MENESES GONTENELE

RG: 1129856 PI

Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE MENESES FONTENELE

Pai: FIRIMO DE MENESES FONTENELE

Endereço: QUADRA 02 DO CONJUNTO HERÁCLITO FORTES, Nº 16

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: BRASILEIRA

Telefone(s): 86-9823-7360

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RECEBIDO

20 FEV 2019

Seguradora Lider-DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. CG150 FAN ESDI

2014 PIA1866

9C2KC1680ER578152

01125109243

Preta

Condutor: GIL CELIO DE MENESES GONTENELE

RG: 1129856 Órgão: UF RG: PI

End: QUADRA 02 DO CONJUNTO HERÁCLITO FORTES Número: 16 Complemento:

Cidade: BRASILEIRA UF: PI Bairro: PREJUDICADO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante informa que estando na condução da motocicleta acima indicada, que é cadastrada em nome da mãe do declarante: Francisca Alzair de Meneses Fontenele pela via pública do bairro Freixeiras, num trecho que não tem calçamento e repentinamente perdeu o controle do veículo no momento que o pneu dianteiro derrabou numa "valeta" da via pública e diante disso sofreu uma queda e não teve mais condições de prosseguir conduzindo e sentia fortes dores no ombro esquerdo; QUE na região onde mora não tem serviço do SAMU e foi socorrido pela pessoa de Teodoro Cândido da Cunha, RG 494178-PI, residente no bairro Freixeiras de Brasileira-PI e pela esposa deste, a senhora Maria dos Remédios Passos da Cunha, RG 859908-PI; os quais moram a pouca distância do local do acidente e o casal providenciou ligação telefônica aos familiares da vítima e em seguida o mesmo foi levado para casa em transporte dos familiares; QUE informa que não suportando as dores no ombro decidiu se dirigir ao Hospital Regional Chagas Rodrigues, no dia 15/09/2018 e nos exames realizados ficou ciente que houve fratura na clavícula.

Bel. Jesuino Soares Caxias
Chefe de DP de PIRIPIRI
M. 0867527
DELEGADO DE POLÍCIA

GIL CELIO DE MENESES FONTENELE
GIL CELIO DE MENESES GONTENELE - Noticiante
Responsável pela Informação



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

341 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 177696.000015/2019-84

Delegado de Polícia

Bel. Jesuino Soares Campos
Chefe de Cart. 2ª D.P. P/PI
Mtr.: 086752-7

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: Michael Thelison Gomes Marques CPF da Vítima: 056.469.253-10 Data do Acidente: 21.05.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Michael Thelison Gomes Marques CPF do Representante legal: 056.469.253-10
Email: _____ Telefone (DDD): (86) 994729591

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

16.05.18 de 08 de 18
Local e Data

Michael Thelison Gomes Marques
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal