



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003466/2018-62

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almirallice Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 01/10/2018 - 17:11

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PRINCIPAL, Nº:

Complemento

Data/Hora

02/07/2018 - 11:45

Bairro

PARQUE PIAUÍ

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCELO PEREIRA DA SILVA

RG: 2463911

Mãe: MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA

Endereço: RUA CARDIAL, Nº 1235

Bairro: PARQUE AFONSO GIL

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9583-0143

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 A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO YAMAHA/FACTOR 150, ANO 2018, PLACA OEG-5541, PROPRIETÁRIO /TESTEMUNHO DO FATO FERNANDO CORREIA DE SOUSA, CPF 04359451300, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AVENIDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO INVADIU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADO FOI SOCORRIDO POR TERCEIRO, ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 481086, DEPOIS ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DA POLICIA MILITAR, PRONTUÁRIO 384338. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almirallice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Almirallice R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009761-6

Marcelo Pereira da Silva

MARCELO PEREIRA DA SILVA - Noticiante

Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 10/10/18

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

Marcelo Pereira da Silva

CPF da Vítima

050.475.303-70

Data do Acidente

02/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(86) 9 8821-4516

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.

Guaima, 04 de outubro de 2018
Local e Data

Marcelo Pereira da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDACORRETORA DE SEGURO
Recebido em: 10/10/18
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 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").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

050.475.303-70

Nome completo da vítima

Marcelo Pereira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Marcelo Pereira da Silva		CPF titular da conta 050.475.303-70	Profissão Recluso
Endereço R. Lima		Número 1140	Complemento Casa
Bairro Aniã	Cidade Tangará	Estado PI	CEP 64027-658
Email		Telefone (DDD) (81) 99829-5708	

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. 0728 D/V
 CONTA NRO. 127990 D/V 4
 (Informar dígito se existir)

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

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

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

Tangará, 04 de outubro de 2018
Local e Data

Marcelo Pereira da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DOCUMENTO ORIGINAL
MEDIDA CORRETIVA DE SEGUROS
Recebido em: 10/10/18
Campo 3 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCELO PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180477987**

Vitima: **MARCELO PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **02/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180477987**.

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 13488690



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00728

CONTA: 000000127990-4

Nr. da Autenticação 0CC311873DA394A9

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372237/18

Vítima: MARCELO PEREIRA DA SILVA

CPF: 050.475.303-70

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 02/07/2018

Titular do CPF: MARCELO PEREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARCELO PEREIRA DA SILVA : 050.475.303-70

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: 10/10/2018
Nome: MARCELO PEREIRA DA SILVA
CPF: 050.475.303-70

MARCELO PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2018
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

Av. Ortopedia.



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: 02/07/2018 12:31:37
(User: CAMILA NORBERTA)
(Estação: RECEPCAO02)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARCELO PEREIRA DA SILVA		Prontuário: 481086
Mãe: MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA	Pai: VALMIR PEREIRA DA SILVA	
End.Resid.: RUA CARDIAL 1235 - PARQUE AFONSO GIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 18/08/1989	Idade: 28 10m15d	Sexo: Masculino Fone: 86-99451-5056
Responsável: O MESMO	CNS: 707002851516738	CPF: 050.475.303-70 * RG: -
Profissão: CONFERENTE	E.Civil: Solteiro(a)	
Instrução: Médio Completo		
Local: - - -		

RECIBO DE MEDIDA CORRETIVA DE SEGURANÇA
Recebido em: 10/10/18

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 672496	Data: 02/07/2018 12:29:32	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Cid.Trab.: Sim	Trajetos?: Sim	Típico: Não CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

- vítima de acidente motociclistico há 1 hora, com impacto na cintura escapular @. Usava cassetete.
- apresenta dor e deformidade na clavícula @.
- Ef: supnóico, sem euforolia; Glasgow 15, estável; abdome indolor; tórax estável; deambulando normalmente;
- A clavícula @ a involução de expirado

PA: X mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp: _____
Diagnóstico Inicial: Fratura de clavícula			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Tramadol 100mg + 100ml SF - EV
- Dipirona 1 amp 750 - EV
- Solicito radiografias

RAIO-X REALIZADO
DATA 02/07/2018
Técnico: _____

ETA: () Melhorado () Administrativa () Retornar à Unid. Origem: () Curado () Por Indisciplina () Transferência: () Inalterado () Por Evasão () Internação na Unidade () A Pedido	DESTINO: () Até 24 Hs () Família () De 24 a 48 Hs () IML () Após 48 Hs () Anat. Patol.	Proced. Solicitado: 0408010150 / 5420 CID Compatível: _____ Prof. Solicitante Internação: _____
--	--	---

Dr. Carlo Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054

X Maria Rita de Abrucovalho
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 107701
	AIH: 2218100394191

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
707002851516738	MARCELO PEREIRA DA SILVA	18/08/1989	481086	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA	MARIA RITA	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NUMERO / LOTE		
	RUA 05 LOTEAMENTO JOAO PEREIRA 1140			
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
AREIAS		TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA NÃO ESPECIFICADA

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0308010019

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

CÓDIGO

0408010150

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA NÃO ESPECIFICADA

CÓDIGO

0308010019

DIAGNÓSTICO INICIAL

FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR, NÍVEL NÃO ESPECIFICADO T111

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE ENCAMINHADO COM RELATOS DE TRAUMA POR QUEDA DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO ESQUERDO, AVALIADO PELO ORTOPEDISTA, DETECTADO NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO. FOI TRANSFERIDO PARA REALIZAR CIRURGIA EM OUTRO SERVIÇO.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

FABIO MARCOS DE SOUSA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE

980016278328963

DATA SOLICITAÇÃO

06/07/2018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

LUIZ EDSON DOS SANTOS COSTA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

98001600055043

06/07/2018 09:33:06

RECIBO
MEDIDA CONCRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 20/10/18



FMS
Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE	Mauro P. do Filho		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENE. ou APT.	LEITO
DIAGNOSTICO ATUAL E COMORBIDADES	# Casuário (E)		ALERGIAS		Coveador		
PREScrição MÉDICA	DATA: 03/07/18 HORA: 1		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
1 DIETA LIVRE <small>Visto Nutricional</small>							
2 S65% 500ML + SFO, 9% 500ML EV EM 12h <small>Assistência Social/PI 3060</small>							
3 DIPIRONA 2ML + AD EV 6/8h <small>13:50h</small>							
4 TENOXICAM 20MG 1 AMP DIL EV 12/12h <small>13:50h</small>							
5 TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12h SOS <small>13:50h</small>							
4 CCGG <small>13:50h</small>							
<div>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI: 3054</div>							

EVOLUÇÃO "NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM"
ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO

DATA: 02/02/18



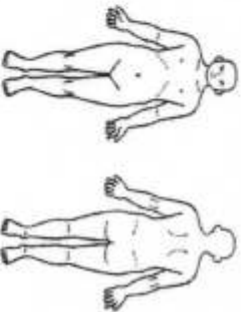
NOME: Marcos Paulo da Silva PRONTUÁRIO: 481086 IDADE: — ENFERMARIA/LEITO: —

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS

SINAIS VITAIS						ENTRADAS			SAÍDAS		
HORA	T	P	R	PA	SAT. O ₂	GLUC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DIURESE	DRENO
12											
18				104	130						
24				104	130						
6											

ESCALA DE BRADEN:		PONTOS:	CONTROLE:
1. PERCEPÇÃO SENSORIAL			ALTO RISCO - AR: <12
2. UMIDADE			
3. ATIVIDADE			MEDO RISCO - BR: 12 a 14
4. MOTILIDADE			
5. NUTRIÇÃO			BAIXO RISCO - BR: > 14
6. FRIÇÃO E CISCALHAMENTO			
TOTAL:			CLASSIF: <u>—</u>

MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"



ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:		PONTOS:	CONTROLE:
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0			
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0			SEM RISCO - SR: 0-24
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Mobilidade / Parado - 30 / Metas / Bengala / Andador - 15 / Nenhum / Acamado / Auxiliado por Profissional de Saúde - 0			
4. TERAPIA ENDÓGENA: SIM - 20 NÃO - 0			BAIXO RISCO - BR: 25-50
5. MARCHA: Comprometida / cambaleante - 30 / Firme - 15 / Normal / Sem desambulação, acamado, cadeira de rodas - 0			ALTO RISCO - AR: > 51
6. ESTADO MENTAL: Suplementa capacidade / Equívoco limitação - 15 / Orientado / Capaz quanto a sua capacidade / Limitação - 0			TOTAL: <u>—</u> CLASSIF: <u>—</u>

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Estado Mental: () Consciente () Orientado () Torporoso () Sonolento Glasgow: AO / RV / RM
- Locomoção: () Deambula () Acamado () Agitado () Parestesia () Déficit Motor () Plegia () Hemiparesia
- Respiração: () Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () QT () Sem O₂ () Com O₂:
() Sistema Cardiovascular: () Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico
- Dieta: () VO () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita () Dieta zero () NPT
- Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor
- Pele e mucosas: () Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Edema/Anasarca () Hidratado () Lesões Bolhosas () Escoriações () LPPs
- Hidratação: () AVP () JAVC () Outros: —
- Drenos: () Sutor () Torácico () DVE () Kher () Penrose () Outros: —
- Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Reduzida () Hematuria () Normal () Outros: —
- Evacuações: () Presentes () Constipado dias () Diarreia dias () Melena () Colostomia () Ileostomia



Prefeitura de
Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA**

PACIENTE: Marcelo Pereira da Silva Nº PRONT: 481086 Nº LAUDO 2176

- () ALTA HOSPITALAR
() PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
() PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
() PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
() PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-
DOADOR MORTO
(X) TRANSFERÊNCIA
() EVASÃO
() ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

DATA: 03.07.18

ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Gilberto A. E.
Diretor Geral do H
Prof. Zenon Ro

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



ID: 109600
Paciente: MARCELO PEREIRA DA SILVA

Idade: 023Y
Sexo: M

HPM



Dr. Henrique Roberto de Jesus Reis
RGPM 105198193-2 / Matr. 14405-9
Unidade do Setor de Apoio Técnico

At 1635
Exame: 10/07/2018



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 108629

PACIENTE: MARCELO PEREIRA DA SILVA

NOME DA MÃE: MARIA DAS CHAGAS PEREIRA

DATA DO NASCIMENTO: 18/08/1989

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 03/07/2018

DATA DO LAUDO: 18/07/2018

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA CLAVICULA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura cominutiva, localizada na diáfise média da clavícula, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura cominutiva, localizada na diáfise média da clavícula, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Teófilo Henrique de Aguiar
RGPM 105/38193-2 / Mat. 14405-9
Setor de Análise Técnica

Dra. Liege de Sampaio
Médica
CRM-Pi: 4173

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173

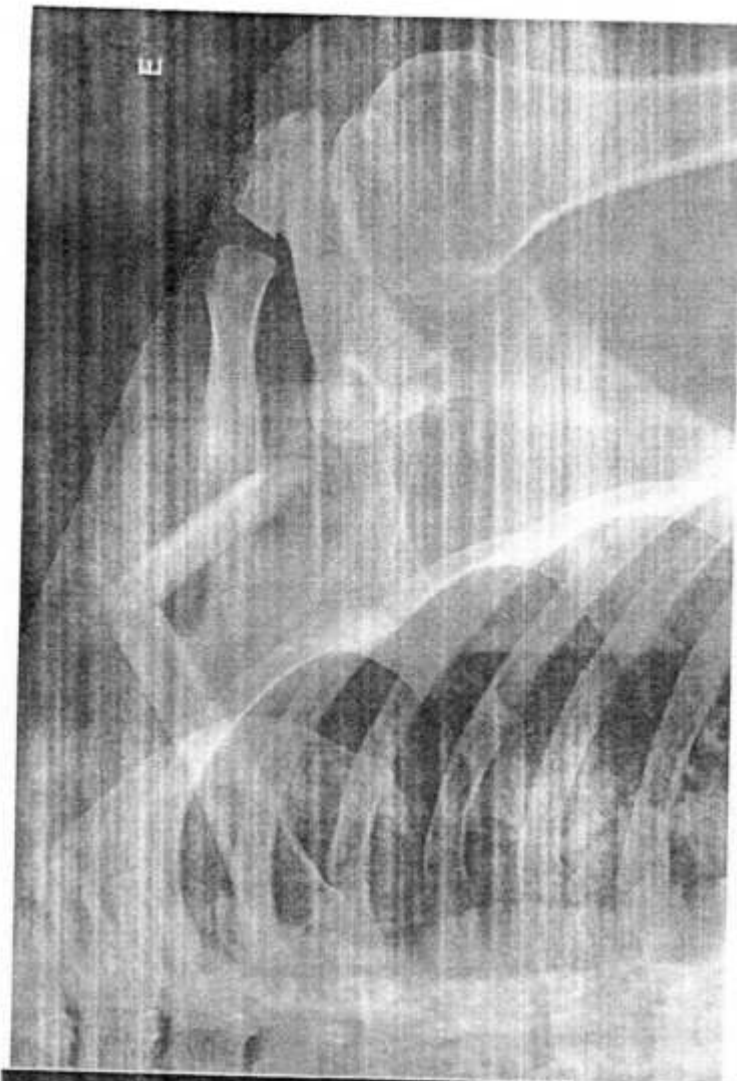
ID: 103623

Paciente: MARCELO PEREIRA DA SILVA

Idade: 028Y

Sexo: O

HPM



Iris Henrique Macedo Reis, 2ª TEN. J.
RGPM 105198193-7 / Mat. 14455-9
Unidade do Setor do Arquivo Técnico

Hora: 16:00
Exame: 04/07/2018

24/07/2018

Comprovante da alta

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE**

Número do Laudo: **114395**

Orgão Emissor:

M221100001

Paciente: MARCELO PEREIRA DA SILVA

Nascimento: 18/08/1989

Procedimento:

0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

CID:

S420 - FRATURA DA CLAVICULA

Data da Solicitação: 03/07/2018

Data da

Autorização: 23/07/2018 14:50:28

AIH.: 2218100445561

Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR
DIRCEU ARCOVERDE - HPM

Autorizador

Operador:

Atendimento (Data, Hora): 24/07/2018 16:03:18

João Henrique Viana de Sá Reis 28.10.1971
RGPM 105198193-2 / Mat. 14405-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 114395
	AHH: 2218100445561

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - IIPM	CNES 2323451
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - IIPM	CNES 2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
707002851516738	MARCELO PEREIRA DA SILVA	18/08/1989	M	384338
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
			MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA	MARIA RITA DE ABREU CARVALHO
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NÚMERO / LOTE		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
ARBUAS		TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE ENVOLVENDO COM FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPÉDICA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

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

Luís Henrique Mendes Reis
RGPM 105192194-7 / Mat. 14475-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico
CRM:

CARACTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

03/07/2018

LEANDRO PONCE LEAL
CPE: 16778699841

DATA ADMISSÃO

03/07/2018 12:31

DATA AITA

11/07/2018 15:03

MOTIVO AITA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLÉ AVALIAÇÃO / AUDITORIA
AARAO CRUZ MENDES CPE: 13178547304 CRM:	
DATA ANÁLISE: 23/07/2018 14:20:28	CPF CRM DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2 - CNES 2323451	Atendimento 702411
3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	4 - CNES 2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome: MARCELO PEREIRA DA SILVA	6 - Prontuário: 385338
7 - CNS: 707002851516738	8 - Nascimento: 18/08/1989
11 - Mãe: MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA	9 - Sexo: M CPF:
13 - Resp: MARIA RITA DE ABREU CARVALHO	12 - Fone: 86-9.4515056
15 - Ender.: RUA CARDIAL	14 - Cor: sem ident
16 - Munic: TERESINA	17 - Cod. IBGE: 221100
	18 - UF: PI RG: 24639-11

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*paciente vítima de acidente com politraumatis
fratura de clavícula "E"*

21 - Condições que justificam a internação:

As acima

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

Rx controle.

Leandro Ponce Leal
RIGPM 105198/2013 / Matr. 14405-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: **S420**

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

FRATURA DA CLAVICULA

"E"

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

Tempo:
2

0408010150 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

29 - Clínica: POSTO II	30 - Carater.: 02	Ident.: 1	31 - Documento: CPF	32 Doc. Med. Solic. 16778699841
33 - Nome Profissional / Assistente LEANDRO PONCE LEAL			34 - Data de Solicitação: 03/07/2018	

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

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

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

Autorização

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

Leandro Ponce Leal
Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Diretor Técnico do HPI
CRM-PI 2608
50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Maria Rita de Abreu Carvalho

Usuário: **ANA ARAUJO**
Consulta Local:
Consulta SUS: **277061849**
Impressão: **12:31:59**



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 10 / 02 / 12
Nº DO PRONTUÁRIO: 385338 SALA: 2
CÓD DA CIRURGIA: 0908010150

Descrição da Cirurgia:

Parti a cordão em parte
da cordão e a cordão em parte
da cordão e a cordão em parte
da cordão e a cordão em parte
da cordão e a cordão em parte
da cordão e a cordão em parte
da cordão e a cordão em parte
da cordão e a cordão em parte

Dr. Henrique Vitorino Reis 24.10.11
RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2609

Cirurgia: Fratura de Clavícula E

Cirurgião: Dr. Leandro

1º Auxiliar: ACD: Rosângela

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: Tec. J. J. J.

Circulante: Marcia Rejane
Téc. em Enfermagem
COREN 850657-TE

DATA: 10/03/18
Nº DO PRONTUÁRIO: 2232 SALA: 8
CÓD DA CIRURGIA: 0200150

[illegible]

Técnica Anestésica:	Bisoprolol e Furosemida		MONITORAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/>
Comentários A cirurgia:		<input type="checkbox"/> PAM		<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	State	Year	Pop.	Area
Germany	1	1		
U.S.	1	1		
U.S. (cont.)	1	1		

Medicamentos LARZILCO					
Aclerastina _____ Amp	Datopija _____ Amp	Milazolan _____ Fr	Propofol _____ ml	Amp	
Agua dest. 90ml _____ Amp	Dropalitol _____ Amp	Metronidazol _____ Fr	Sufentanil _____ Amp		
Aluprina _____ Amp	Eferal _____ Amp	Necocaina Pta 0,5% _____ Amp	Quelax _____ Amp		
Biotin _____ Amp	Eferlix _____ Amp	Harcen _____ Amp	Quetamina _____ ml		
Ibuprofeno _____ Amp	Endry vis _____ ml	Navabup 0,2% _____ Fr	Roxycetol _____ Fr		
Cefazolina 3g _____ Fr	Fentani _____ ml	Nobim _____ Amp	Singapactido _____ Fr		
Cefotolin _____ Fr	Fentanyl (B/C) _____ Amp	Neocaina % V _____ Fr	S. Fialitig 3,0% _____ ml	Fr	
Ciprofloxacina _____ Fr	Holotan _____ ml	Neocaina 0,5% resor _____ Amp	S. Glucosac 2% _____ ml	Fr	
Glenidin _____ Amp	Hidrocodiona _____ ml	Neostigmina _____ Amp	Scap n° _____ Und		
Colestir () _____ Fr	Isoflurano _____ ml	Omeprazol _____ Fr	Tena _____ Amp		
Dexametazona _____ Amp	Jelos n° _____ Und	Ondasetrona _____ Amp	Thail _____ Fr		
Diazepam _____ Amp	Lidocaina % V _____ Fr	Poltzo Cel _____ Fr	Tioental _____ Fr		
Diclof _____ Amp	Metadipromida _____ Amp	Pancuronie _____ Amp			
Dipirona _____ Amp	Manitol _____ Fr	Profenid _____ Fr			

Herculano Garrês Oliveira Neto
Anestesiologista-CRM
Médico Anestesiologista
CRM: 590
CPF: 068.011.093-91

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL: _____

CONTATO FEITO COM: _____

CONFIRMADO A VAGA: SIM (x) NÃO ()

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Marcelo Pereira da Silva

IDADE: 27 ESTADO CIVIL: solteiro

ENDEREÇO: Parque A. J. de Brito - TE/PE

RESPONSÁVEL: _____

II - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO ()

CIRÚRGICO (x)

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

"Acidente de trânsito"
trauma em membro
f.b. - fratura

EXAMES REALIZADOS:

mt - membro f - fratura de
dist. cubito (f) com desvio

DIAGNÓSTICO:

fr. dist. cubito (f) / SURTO
01/08/0150

TRATAMENTO REALIZADO:

Imobilizado

Luís Henrique Vasconcelos Reis 20 TEN JMA
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Hosp. de Teresina (H.P.H.)

DATA: 03/07/2018

Ass. e carimbo do médico



Fundação Municipal de Saúde

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



the University
of Tennessee

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
MARCELO ROBERTO DA SILVA		151056	18.05.1985			
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALERGIAS				
DATA: 15/05/2024 PRESCRIÇÃO MÉDICA: 100mg de Ceftriaxona IV HORA: 14h		HORÁRIO		MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE		
1) Alergia a penicilina 2) Hipertensão arterial 3) Diabetes mellitus 4) Transtorno de ansiedade 5) Insuficiência renal crônica				OBSERVAÇÕES		
6) 100mg de Ceftriaxona IV 7) 100mg de Ceftriaxona IV 8) 100mg de Ceftriaxona IV 9) 100mg de Ceftriaxona IV 10) 100mg de Ceftriaxona IV						

**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 10763000126**NOME.....:** MARCELO PEREIRA DA SILVA**MÉDICO SOLIC:****DATA LAUDO...:** 18/07/2018**CONVÊNIO:** INTERNO**DATA REALIZ:** 10/07/2018**IDADE:** 28 anos**CRM:** -PI**CÓDIGO:** 35794**RX OMBRO ESQUERDO**

O estudo radiológico do ombro esquerdo realizado nas incidências em AP demonstra:

- Fratura no terço médio da clavícula fixada com placa e parafusos metálicos.
- Articulações acrômio-clavicular e gleno-umeral preservadas.
- Espaço subacromial conservado.
- Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**CONTROLE ORTOPÉDICO.****CARLOS AUGUSTO MOURA FE
Radiologia-1341-PI**Av. Hino Cunha, 1642 - Ilheus - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.155/0002-25Telefone: (66) 3227-5265
Fax: (66) 3216-1520
Luís Henrique Vasconcelos Reis - 2ª Tenente
RGPM 105798193-2 / Mat. 14405-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180477987 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 02/07/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

ABR-2017

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 2.463.911 DATA DE
EXPIÇÃO 25/07/18

NOME MARCELO PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA
VALMIR PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 18/08/1989

SOC. CIVIL CERT. NASC. 1242 L 2 F 12
EXP SÃO RAIMUNDO NONATO-PI 06/09/89
050.475.303-70

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

DOCUMENTO ORIGINAL

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 10/10/18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Assinatura do Titular: *Marcelo Pereira Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE



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

SUS SUS

Av. Ortopedia.

Imp: 02/07/2018 12:31:37

(User: CAMILA NORBERTA)

(Estação: RECEPCAO02)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MARCELO PEREIRA DA SILVA	Prontuário:	481086
Mãe:	MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA	Pai:	VALMIR PEREIRA DA SILVA
End.Resid.:	RUA CARDIAL 1235 - PARQUE AFONSO GIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	18/08/1989	Idade:	28 10m15d
Responsável:	O MESMO	Sexo:	Masculino
Profissão:	CONFERENTE	CNS:	707002851516738
Instrução:	Médio Completo	CPF:	050.475.303-70 * RG: -
Local:	- - -	E.Civil:	Solteiro(a)

RECIBO DE MEDIDA CORRETIVA DE SEGURANÇA
Recebido em: 10/10/18

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	672496	Data:	02/07/2018 12:29:32	Condução:	VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Cid.Trab.:	Sim	Trajetos?:	Sim	Típico:	Não
			CID Secundário:	V299	

DADOS CLÍNICOS:

- vítima de acidente motociclistico há 1 hora, com impacto na cintura escapular @. Usava cassetete.
- apresenta dor e deformidade na clavícula @.
- Ef: supnóico, sem euforolia; Glasgow 15, estável; abdome indolor; reflexos estáveis; deambulando normalmente;
- A clavícula @ a invólucro de espicado

PA	X	mmHg	Pulso:	FC:	bpm	Temp:
Dispositivo Inicial:						

Fratura de clavícula

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Tramadol 100mg + 100ml SF - EV
- Dipirona 1 amp 750 - EV
- Solicito radiografias

RAIO-X REALIZADO
DATA 02/07/2018
Técnico:

Mauriz
CRM-PI 4712

ETA:	() Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido	() Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	() Retornar à Unid. Origem: () Transferência:
DESTINO:	() Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs	() Família () IML () Anat. Patol.	DATA SAÍDA: / / HORA: : () Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível:
ÓBITO:	Prof. Solicitante Internação:		

0408010150 / 5420

Dr. Carlo Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054

X Maria Rita de Abrucovalho
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



Código do Cliente
1 504 454 971

Página: 1
Lançamentos referente ao período
03/08 a 02/09/18



CTCE FORTALEZA CE PL7
FABIANA BORGES MAIA DA SILVA
R CINCO 1140
AREIAS
64027-658 TERESINA - PI

21408927



7214028638 02010 00000025901 30 220618

Esta fatura foi fechada em

20 AGO 2018

Valor total

R\$

130,41

Vencimento

03 SET 18

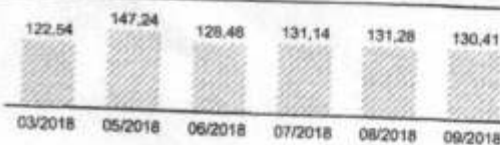
Exite ordens; pagos até o dia do vencimento

RESUMO

	R\$
Saldo da fatura anterior	0,00
Lançamentos Variáveis	2,78
Banda Larga	127,63
Total	130,41

Para mais detalhes, consulte o verso deste demonstrativo.
A falta de pagamentos de fatura implicará no corte do sinal após 15 dias,
além de juros de 1% ao mês e multa de 2% sobre o valor.

Histórico de faturas



Handwritten signature
MEDIDA CORRETORA DE SEGUNDO
Recebido em: 10/10/18

SKY E MAIS FACILIDADE

Consulte sua
fatura e pague
o código de
barra pelo app



Consulte a sua fatura online.
É simples e rápido!



Baixe o app Minha Sky no
Google Play ou App Store

Acesso:
sky.com.br/minhasky

Fatura nº
400487377473

Saldo total para pagamento. Sua fatura SKY ainda não está cadastrada como débito automático, para alteração contate os canais de atendimento
SKY em WWW.SKY.COM.BR

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Fernando Correia de Sousa

RG nº 2721900, data de expedição 1/1/18

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 043.594.513.00, com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. Cima, 1140, Anápolis, CEP: 64027-658, nº _____

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 Marcelo Pereira da Silva, cujo o condutor era Marcelo Pereira da Silva.

Veículo: moto

Modelo: yamaha / ybr 150 Factor e;

Ano: 2018-2018

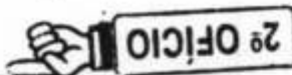
Placa: OEG-5541-PI

Chassi: 9C6RG311030030771

Data do Acidente: 02.07.2018

Local e Data: Teresina, 2/10/18

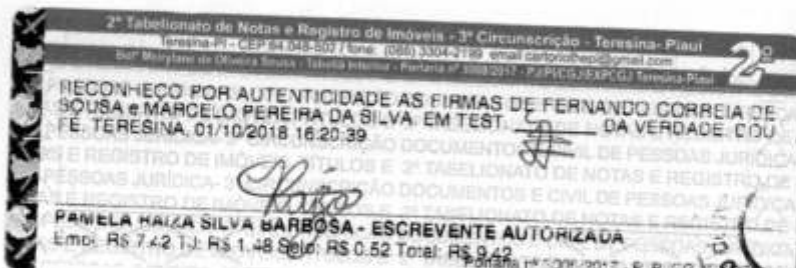
Fernando Correia de Sousa
Assinatura do Declarante



Marcelo Pereira da Silva



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



"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 10/10/18