

Controle de documentos x Audiências x Consulta processos - Processo x 0802122-13.2019.8.18.0065 - PJE x Download file | iLovePDF x

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=305997&ca=dfc1ea98879546c4280dbdf9c8275e19799...

Apps Processo Virtual Na... Administrativo Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJE ProceComCiv 0802122-13.2019.8.18.0065 SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS ...

10953613 - CONTESTAÇÃO (2736470 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 24/07/2020 09:47:48

24 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10953612 - CONTESTAÇÃO
 - 10953613 - CONTESTAÇÃO (2736470 CONTESTACAO 01)
 - 10953615 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10953617 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10953618 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10953619 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

2736470- CS/ 2020-02624/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PEDRO II/PI

prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf prot+proc adm.pdf Exibir todos

PT 09:48 24/07/2020



Número: **0802122-13.2019.8.18.0065**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Pedro II**

Última distribuição : **04/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS (AUTOR)		CAIO CESAR HERCULES DOS SANTOS RODRIGUES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10953 615	24/07/2020 09:47	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 110510.000585/2019-24

Unidade de Registro: DP DE PEDRO II

Resp. pelo Registro: Marcos Rogerio Sousa De Oliveira

Data/Hora: 08/05/2019 - 11:30

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE PEDRO II

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

PEDRO II

Endereço

ROÇA DOS PEREIRAS, Nº

Complemento

PRÓXIMO AO ZÉ GARAPA

Data/Hora

28/03/2018 - 18:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Mãe: TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS

Endereço: LOCALIDADE ROÇA DOS PEREIRAS, Nº SN

Complemento: ROÇA DOS PEREIRAS

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: PEDRO II

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: FABIANA ALVES DOS SANTOS

Mãe: FRANCISCA ALVES DOS SANTOS

Endereço: LAGEIRO, Nº SN

Complemento: LAGEIRO

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: PEDRO II

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

Nome: LUCILENE MARTINS DE SOUSA

RG: 3234897 SSP PI

Mãe: LUSIA ALVES DE SOUSA

Endereço: RUA SORIANO PEDRO DE SOUSA, Nº 375

Bairro: SANTA FE

Cidade: PEDRO II

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

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 CG 125 TITAN KS

2001 LWE2910 9C2JC30101R021564

748466320

Azul

Condutor: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

End: LOCALIDADE ROÇA DOS PEREIRAS Número: SN Complemento: ROÇA DOS PEREIRAS

Cidade: PEDRO II UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Proprietário: ANTONIO FERREIRA MARTINS

End: RUA DES ALVARO BRANDÃO Número: 209

Cidade: PEDRO II UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

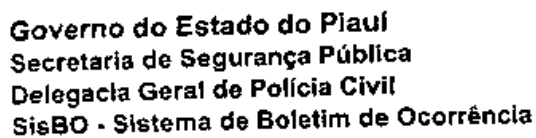
RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA INFORMA QUE NA DATA DO DIA 28/03/2018, VINHA TRANSITANDO NA MOTOCICLETA CITADA ACIMA, PRÓXIMO AO GARAPA SHOW, QUANDO DE REPENTE UMA VACA ATRAVESSOU A PISTA; QUE PISOU NO FREIO DA MOTO, MAS COMO ESTAVA MUITO PRÓXIMO NÃO TEVE TEMPO DE DESVIAR DO ANIMAL; QUE COLIDIU COM A VACA; QUE AO CAIR NO CHÃO, DESMAIOU E FOI SOCORRIDA POR TESTEMUNHAS QUE LIGARAM PARA O SAMUR QUE LHE SOCORREU E LEVOU PARA O HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA; QUE DEPOIS DE ALGUNS DIAS FOI LEVADA PARA TERESINA ONDE PASSOU POR UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO PULSO ESQUERDO; EM TEMPO, INFORMO QUE A

Boletim de Ocorrência emitido em: 08/05/2019 11:30 - SisBO@2011-2019 AT1

Página 1/2





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 110510.000585/2019-24

Marcos Rogério Sousa De Oliveira - Mat. 3112861
AGENTE DE POLÍCIA

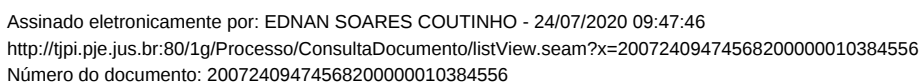
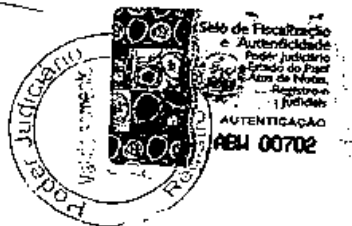
Sandra Maria de Oliveira Santos
SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Policía

Certidão 2ª Oficial Carlos Oliveira
AVENIDA CORONEL CORDEIRO, CENTRO - Nº 511, PEDRO II - PIANI
CERTIFICO QUE A PRESENTE FOUROBIA CONFERE COM O ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS EM TEST. DA VERDADE. PEDRO II,
09/06/2015, 16:46

BEL ORLANDO URRÁS DE OLIVERA JUNIOR, SUSTITUTO
Emoi. R\$ 2,48 T.L. R\$ 12,50 MP. 730,00 Sem. 250,45 Total: R\$ 3,23

Del Orlando Urias de Oliveira Junior
Tubercula e tuberculose
Fica para o Dr. A. A. A.
2º Ofício Pedro II - 14





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

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190341576

Vítima: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Data do Acidente: 28/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000004623**

Conta: **000001189-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPV

Autorização de pagamento



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

041.489.293-31

Nome completo da vítima:

SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

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

Nome completo:

SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

CPF:

041.489.293-31

Profissão:

TRABALHADORA RURAL

Endereço:

LOCALIDADE CAPUANO DE CIMA

Número:

Complemento:

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

PEDRO II

Estado:

PIAUÍ

CEP:

64.255-000

E-mail:

claudoberto@gmail.com

Tel. (DDD):

86 481260952

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itai (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4623

043

CONTA:

00001189

4

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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e cando, 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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

nascer? ☐ Sim ☒ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: PEDRO II PIAUÍ 08/05/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Sandra Maria de Oliveira Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CLAUDIO BERTO AGUIAR SILVA

CPF: 004.468.993-02

Assinatura

2ª Nome: PAULO DA SILVA GOMES

CPF: 262.864.103-25

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

L V001/2018





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

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190341576

Vítima: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Data do Acidente: 28/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

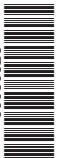
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14376654

Pag. 01049/01050 - carta_01 - INVALIDEZ

00030525



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: 03/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04623

CONTA: 000000001189-4

Nr. da Autenticação CC7F85049C65F249



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0174669/19

Vítima: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

CPF: 041.489.293-31

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 28/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

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
Outros

SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS : 041.489.293-31

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: 23/05/2019
Nome: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
CPF: 041.489.293-31

SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190341576 **Cidade:** Pedro II **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 28/03/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. P19
AVULSÃO DO PROCESSO ESTILOIDE ULNAR À ESQUERDA. P25

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. P22
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

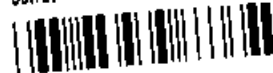


PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-01745669/19

Vítima: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

CPF: 041.489.293-31

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/03/2018

Titular do CPF: SANDRA MARIA DE
OLIVEIRA SANTOS

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

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
Outros

SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS : 041.489.293-31

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: 23/05/2019
Nome: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
CPF: 041.489.293-31

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

ANDREZA ALVES DA CUNHA





Para contato com o
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0170317-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 150 - Centro-Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-240
Fone: (066) 3440-1111
Fax: (066) 3440-1111
E-mail: atendimento@cppe.com.br

Nº da Nota Fiscal 017370984
A Nota Fiscal de Energia (NFE) é emitida
pelo LAR nº 10.474 de 16 de abril de 2002

CONTÁVEL	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	13/02/2019	38	40,80

FRANCISCA NEVES DOS SANTOS LACERDA
R. SORIANO PEDRO DE SOUSA 375 S/C SANTA FE
Cidade: 08032-984/17349
CEP: 64.255-000 - PEDRO 11

ROT: 127.317.05.25.177600

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA ANTERIOR	
Atual	3672	Anterior	07/01/2019
Anterior		Anterior	08/03/2019
Consumo de Multiplicador	38	Próxima Leitura	05/02/2019
Consumo Medido	38	Entrega	06/02/2019
Consumo Tarifado	NORMAL	Aprovação	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
RESIDENCIAL	TIPO: 1000

MÊS	CONSUMO (KWH)	CONSUMO (KWH)
JAN/18	26	CONSUMO DE 01/01/2018
FEB/18	23	CONSUMO DE 02/01/2018
MAR/18	21	CONSUMO DE 03/01/2018
ABR/18	21	CONSUMO DE 04/01/2018
MAY/18	23	CONSUMO DE 05/01/2018
JUN/18	11	CONSUMO DE 06/01/2018
JUL/18	2	CONSUMO DE 07/01/2018
AUG/18	3	CONSUMO DE 08/01/2018
SET/18	42	CONSUMO DE 09/01/2018
OCT/18	0	CONSUMO DE 10/01/2018
NOV/18	0	CONSUMO DE 11/01/2018
DEZ/18	0	CONSUMO DE 12/01/2018

RESERVAÇÃO DE FISCOS
6107 AD2B D153 A70A BF1D 9E87 970E DB57

RESERVAÇÃO DE FISCOS		IMPOSTOS/TRIBUTOS	
COMPOSIÇÃO DE FISCOS	6,25	Imposto de Renda	0,36
Imposto de Renda	2,23	Imposto de Renda	1,66
Imposto de Renda	1,41		
Imposto de Renda	2,02		

6,27	12,54	25,08	3,55	7,10	14,20	3,71
0,00			0,00			0,00

PEDRO 11

12/2018 9,10

ROT: 127.317.05.25.177600



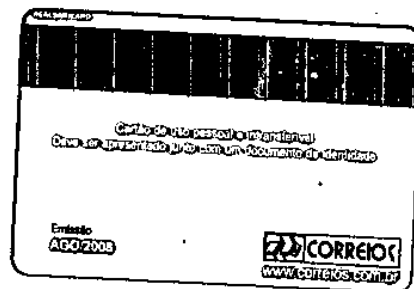
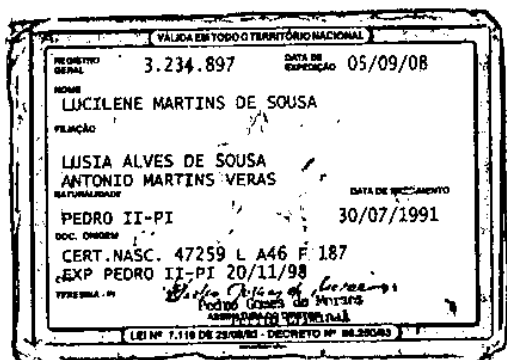
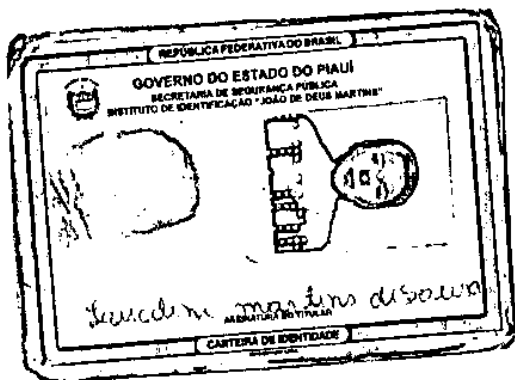
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 150 - Centro-Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-240
Fone: (066) 3440-1111
Fax: (066) 3440-1111
E-mail: atendimento@cppe.com.br

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0170317-0	40,80
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
02/2019	13/02/2019

Nº da Nota Fiscal 017370984 FCM

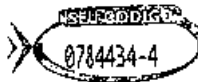
836500000000 2 40800017000 6 000000000170 1 31700219000 8





Eletrobras
Distribuição Piauí

Para consulta com o
Eletrobras, informe
este NÚMERO



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
R. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-000
Fone: (065) 3101-1000 - Fax: (065) 3101-1001
E-mail: atendimento@cepa.com.br
Página 1 de 1 - 10/01/2019 10:00:00

Nº de Hora Fiscal 017055658

Unidade Fiscal de Energia Elétrica - TSEE, conforme
pela Lei nº 10.432 de 26 de abril de 2002.

JANEIRO/2019 04/02/2019 68 69,41

LUSIA ALVES DE SOUSA
R. ANTONIO COSMO 575 S/C PIRAPORA
CPF: 00000015062341
CEP: 64.255-000 - PEDRO II

ROT: 141.317.19.03.035000

CONSUMO (KWh)	8595	DATA DE VENCIMENTO	28/01/2019
Atual:	8627	Atual:	28/12/2018
Anterior:	68	Anterior:	26/02/2019
Consumo Fictício:	68	Proxima Leitura:	25/01/2019
Consumo Faturado:	NORMAL	Emissor:	28/01/2019
		Apresentação:	31

RESIDUO: 0,00 MGNO: 0,00 AGO: 0,00

DEZ/18	68	CONSUMO	8595	58,68
NOV/18	68	CGTR: ILUMINACAO PUB. (COSTIP)		7,63
OUT/18	70	CORRECAO MONETARIA IC 11/18-00		0,34
SET/18	69	MULTA POR ATRASO (2X)		2,23
AGO/18	72	JUROS POR ATRASO (2X)		0,53
JUL/18	55			
JUN/18	60			
MAI/18	46			
ABR/18	55			
MAR/18	47			

TARIFA SEM PRECATORIO
R\$ 0,00

Em 04/02/2019, não constatamos faturas vencidas.

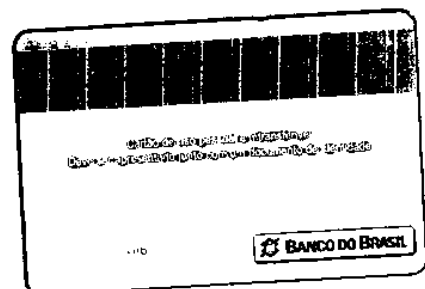
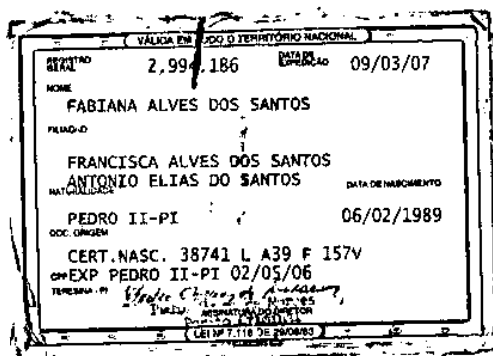
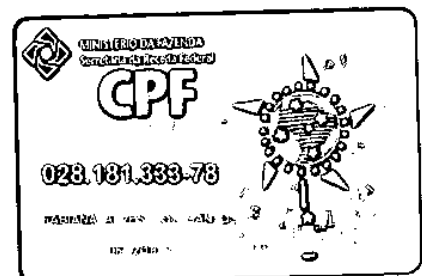
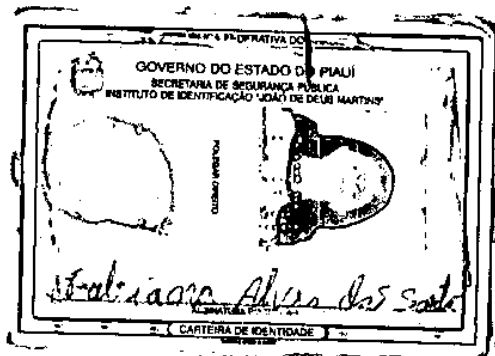
0000.AA4E.A6EF.6B3E.363C.384C.FB5C.0ED8

RESERVADO AO FISCAL	12,26	58,68
Imposto de Renda	25,55	27,00
Imposto de Renda	4,00	12,90
Energia	2,52	0,59
Imposto de Renda	16,25	2,76
Imposto de Renda		
Tributos:		

6,21 12,54 25,08 3,55 7,10 14,20 3,71
0,00 0,00 0,00

PEDRO II 11/2018 19,83





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 395.186 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/08/17

NOME
ANTÔNIO FERREIRA MARTINS

FILIAÇÃO
MARIA MADALENA DA SILVA
ANTÔNIO FERREIRA MARTINS

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
PEDRO II-PI 18/12/1957

DOC. ORIGEM
CERT. CASAM. 373 L 2-B F 73-X
EXP. PIRIPIRI-PI 22/06/89

272.214.312-72 Francisco das Chagas Pinheiro Martins
1372574

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"

Assinatura do Titular
1372574

Assinatura do Titular
Antônio Ferreira Martins

Assinatura do Titular
Antônio Ferreira Martins



CEPISA
 Companhia Energética do Piauí
 Maranhão 759 - Centro/SUA - Teresina - PI
 CNPJ: 06.840.748/0001-09 (Insc. Estadual: 10.301.363-3)
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Registra a unidade de medição autorizada pela SEFAZ do/RS

Para código
 0493835-6

Nota Fiscal 019066824

A Cartão Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
 pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2001

CONSUMO (KWh) 124 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 121,57

CONTA MÊS MARÇO/2019 **VENCIMENTO** 22-03-2019

ANTONIO FERREIRA MARTINS
 R. DES ALVARO BRANDAO 209 S/C
 CPF: 0007221431272
 CEP: 64.255-000 - PEDRO II

B-URBANO
 ROT: 132.317.10.04.129400

DATA DE CANCELAMENTO 15/03/2019
Anterior: 13-02-2019
Próxima Leitura: 15-04-2019
Emissão: 14-03-2019
Apresentação: 15-03-2019
Data de Consumo: 30

Consumo Medido: 124 **FCAM**
Consumo faturado: 124
Forma de faturamento: NORMAL **Código de irregularidade:**

CLASSIFICAÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 Classe/Subclasse: MONO **Ligação:** A1689003 **Porta:** 1.1.1.1 **Módulo 12 circuitos:** 131

RESIDENCIAL

CONSUMO MÊS
 Mês/ano consumo
 FEV/19 120
 JAN/19 147
 DEZ/18 172
 NOV/18 193
 OUT/18 132
 SET/18 124
 AGO/18 115
 JUL/18 94
 JUN/18 132
 MAI/18 124

TARIFA 501 TRIDIGIT:
 R\$ 124 = 0,65088

CONSUMO 124 A R\$ 0,868147 = 107,65
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 13,92

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO MENSAGEM
 LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1-5-10-15-20-25
 Parâmetros: Até o dia 14-03-2019, não constatamos faturas vencidas
 nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCAL 7227.EA9E.851E.5E2C.FCC3.B25E.7F68.4AEC

COMPOSIÇÃO DA CONTA		IMPOSTOS/TRIBUTOS	
Disposição:	22,32	Base de Cálculo:	107,65
Energia:	43,13	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	7,30	Valor do ICMS:	23,68
Encargos:	4,60	Valor do PIS:	1,18
Tributos:	30,30	Valor do COFINS:	5,44

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor
Continuidade	0,00	Qualidade	0,00	Segurança	0,00	Atendimento	0,00
Preço	0,00	Meio Ambiente	0,00	Relacionamento	0,00	Outros	0,00

ROT: 132.317.10.04.129400

cepisa
 Companhia Energética do Piauí
 av. Maranhão 759 - Centro/SUA - Teresina - PI
 CNPJ: 06.840.748/0001-09 (Insc. Estadual: 10.301.363-3)

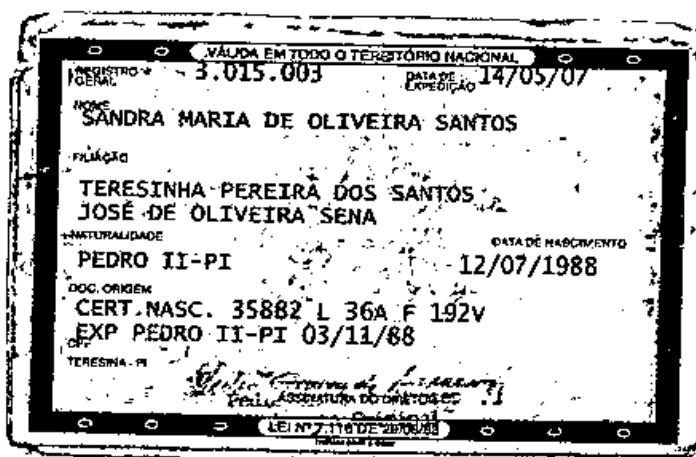
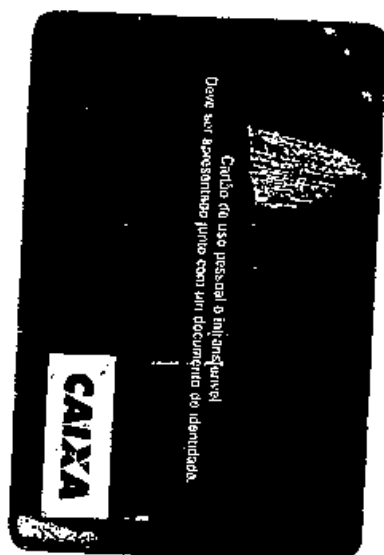
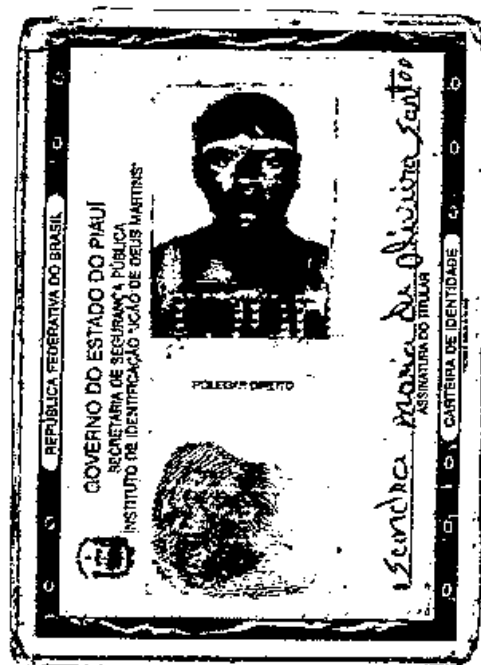
SEU CÓDIGO 0493835-6 **TOTAL A PAGAR - R\$** 121,57

MÊS FATURADO 03/2019 **VENCIMENTO** 22-03-2019

Nº da Nota Fiscal 019066824 **FCAM**

836000000001 5 21570017000 8 000000000493 7 83560319008 2







ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA
Rua Antônio Benigno, Nº 400 - CEP: 64.255-000 - Pedro II - Piauí
CNPJ: 06.553.929/0007-10
Fone: (86) 3271-2371
e-mail: getiranup2@hotmail.com



Turianha Diniz dos Santos
CONSULTA BÁSICA

Nome: *Sandra Maria de Oliveira Santos*
Cartão do SUS: *700 5033 4483 1155*
Data de nascimento: *12 / 07 / 1988*
Endereço: *Logradouro Z.R.*
Município: *Pedro II*
Diagnóstico Provável: *Doença auto-imunológica*
Acidente: Sim () Não () Consulta Especializada: Sim () Não ()
Tipo de acidente:
Exames: Sim () Não ()
Data da Consulta: *28 / 03 / 2018*

Assinatura do médico *Orlando Galvão de Oliveira*
Sandra Maria de Oliveira
Assinatura do paciente ou impressão digital

CARTORIO GALVAO OLIVEIRA 2º OFÍCIO
CERTIDÃO

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA ESTA
CONFORME O ORIGINAL QUE CONFERIR
AO CHAMAR E SE ENCONTROU EM DEBIDA
FÉ. E
PEDRO II, 28/03/2018



TABELIÃO DO OFÍCIO
Bel. Orlando Galvão de Oliveira Júnior
Tabelião e Oficial do Instituto do
Registro Civil e Notas
2º Ofício Pedro II - PI





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA
Rua Antônio Benigno, Nº 400 - CEP: 64.255-000 - Pedro II - Piauí
CNPJ: 06.553.929/0007-10
Fone: (86) 3271-2374
e-mail: getiranap2@hotmail.com

SUS

Turianha Pereira dos Santos
CONSULTA BÁSICA

Nome: Sandra Maria de Oliveira Santos

Cartão do SUS: 700 5089 44 83 1755

Data de nascimento: 12 / 07 / 1988 25

Endereço: Lagoa Z/R

Município: Pedro II

Diagnóstico Provável: Acidente automobilístico

Acidente: Sim () Não () Consulta Especializada: Sim () Não ()

Tipo de acidente: _____

Exames: Sim () Não ()

Data da Consulta: 28 / 03 / 2018

Assinatura do médico

Sandra Maria de Oliveira
CRM PIAUÍ

Enania dos Remedios Pereira

Assinatura do paciente ou impressão digital





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Praça Domingos Mourão Filho, Nº 373 - Centro
CEP.: 64.255-000 - Pedro II - Piauí

2218101288436
Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH



SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Maternidade Jayfira Getúlio Vargas

2. CNES

3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. M. J. G. V.

4. CNES

Identificação do Paciente

5. NOME DO PACIENTE

Sandra Maria de Oliveira Santos

6. Nº DO PRONTUÁRIO

43.2235

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

700 5029 4483 1755

8. DATA DE NASCIMENTO

12.07.1988

9. SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11. TELEFONE DE CONTATO

12. ENDEREÇO (RUA, Nº - BAIRRO)

Logradouro - Zona Rural

13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Pedro II

14. Cód. IBGE

15. UF

PI

16. Cep

64255-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Última de acidente motorizado e colisão
de FRATURA DE RÔTULA DISTAL.
Ao exame clínico, orientado, BEE, euglicêmico, afilado

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ao exame

CBS

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

Exame clínico + RX

20. DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura rádio distal

21. Cód. 10 PRINCIPAL

22. Cód. 10 SECUNDÁRIO

23. Cód. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento clínico

25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26. CLÍNICA

27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28. DOCUMENTO

() CNES () CPF

29. Nº DOCTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

30. NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

Ednan Soares

31. DATA SOLICITAÇÃO

20/08/18

32. ASSINATURA DE QUALQUER OUTRO (MÉDICO, CONSELHEIRO)

Dr. Ednan Soares

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS

33. () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34. () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35. () ACIDENTE TRABALHO TRAJETC

36. CNPJ DA SEGURADORA

37. Nº DO BILHETE

38. SÉRIE

39. CNPJ DA EMPRESA

40. Nº DO BILHETE

41. SÉRIE

42. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43. NOME DO PROF. AUTORIZADO

44. Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45. Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE REG. DATA: 29/03/18 HORA: 17:22

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Regional Chaga, Joazeiro

MÉDICO: Dr. Felipe Verner

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetria (X) Trauma () Clínico () Cirurgia

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA

Data do Nascimento: 12.07.88 Idade: 29

Mãe: Teresinha Pereira dos Santos

RG ou CPF: Cartão Nacional de Identidade

Endereço: Localidade: Lagoa - Zé do

Município de Proveniência: Pedro II

HDA: Trauma por queda de altura

MO: Tratamento em observação

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax: 100 °C P: 70 bpm R: 18 mrm PA: 120/80

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa
- () Aspiração () Medicação (especificar)
- () Curativo () Outros:

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

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

Assinatura e carimbo do médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: Clínica/Posto: Senha:



Viết:

MÉDICO

3

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

08:00 Paciente voltou consciente, orientado, porém desorientado aos exames. Paciente e a equipe são especialistas e há alguma coisa fisiológica presente e o meu primeiro trabalho de radiologia M.S.E. Cheguei ao dia da minha última prova de repouso no leito e só os cuidados da equipe de enfermagem e acompanhando todas as regulações.

COREN-PI 169980

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA
CNPJ: 06.553.929/0067-10
Rua Antonio Benigno, Nº 400 - Centro - 64.255-000 - Pedro II - Piauí
Fone: (86) 3271-2371 / (86) 99553-6122
e-mail: getiranap2@hotmail.com

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Data: 30/10/18

Nome: <u>Janara Mna de Oliveira</u>	Convênio	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	Médico Assistente
Data de Nascimento: <u>1/1/1990</u>					
Mãe: <u>Janara Mna de Oliveira</u>					

Prescrição Médica - Assinatura	Relatório de Enfermagem		
	Horário Aplicação Medicamento	Observação	Rub.
1) <u>Paracetamol</u>	<u>21:00</u>	<u>PT admitida em</u>	
2) <u>500mg 12/12h</u>	<u>21:00</u>	<u>atua em tratamento do</u>	
3) <u>Volburen 01 cap 12/12h</u>	<u>21:05</u>	<u>de C.R. e em menor</u>	
4) <u>Vygon 01 cap + AD 12/12h</u>	<u>21:05</u>	<u>fora de tratamento</u>	
5) <u>Paracetamol 01 cap + AD 12/12h</u>	<u>21:05</u>	<u>mente por sintomas de</u>	
		<u>náusea, vômito, febre</u>	
		<u>relatada pelo paciente</u>	
		<u>do, apresentando, plausível</u>	
		<u>presença de HIV em</u>	
		<u>MSD, MSD (gestor) en-</u>	
		<u>capada, referindo estar</u>	
		<u>internado no local. Re-</u>	
		<u>alizado avaliação por</u>	
		<u>critica e pequena melhora</u>	
		<u>no 30/10/18.</u>	
		<u>Apresenta Sinais de C.R. e</u>	
		<u>Epistaxe por</u>	
		<u>uso de</u>	





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA
CNPJ: 06.553.929/0007-10
Rua Antonio Benigno, Nº 400 - Centro - 64.255-000 - Pedro II - Piauí
Fone: (86) 3271-2371 / (86) 99653-6122
e-mail: getiranap2@hotmail.com

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Data: 30/03/18

Nome: Jara Maria de Oliveira
Data de Nascimento: / /
Mãe:

Convênio	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	Médico Assistente
	5	2		

Prescrição Médica - Assinatura

Relatório de Enfermagem

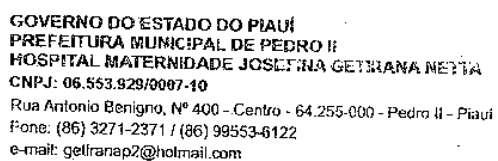
Horário Aplicação Medicamento

Observação

Rubrica

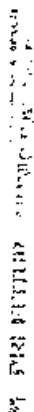
1) Dose 1ml			
2) Dose 0,9% 100ml @ 14g/100ml	15:00	13h chate	
3) Voltaren 10mg @ 12/12h s/n	15:00	responde a p/ leito 2	
4) Dexametazona 10mg @ 12/12h s/n	15:00		
5) Dexametazona 10mg @ 12/12h s/n	15:00		
6) Dexametazona 10mg @ 12/12h s/n	15:00		
7) Dexametazona 10mg @ 12/12h s/n	15:00		
8) Dexametazona 10mg @ 12/12h s/n	15:00		
9) Dexametazona 10mg @ 12/12h s/n	15:00		
10) Dexametazona 10mg @ 12/12h s/n	15:00		
11) Dexametazona 10mg @ 12/12h s/n	15:00		
12) Dexametazona 10mg @ 12/12h s/n	15:00		
13) Dexametazona 10mg @ 12/12h s/n	15:00		
14) Dexametazona 10mg @ 12/12h s/n	15:00		
15) Dexametazona 10mg @ 12/12h s/n	15:00		
16) Dexametazona 10mg @ 12/12h s/n	15:00		
17) Dexametazona 10mg @ 12/12h s/n	15:00		
18) Dexametazona 10mg @ 12/12h s/n	15:00		
19) Dexametazona 10mg @ 12/12h s/n	15:00		
20) Dexametazona 10mg @ 12/12h s/n	15:00		





FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

[illegible]



<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072409474568200000010384556>

Num. 10953615 - Pág. 29



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETRÂNIA NETO
CNPJ: 06.553.929/0007-10
Rua Antonio Benigno, Nº 400 - Centro - 64.255-000 - Pedro II - Piauí
Fone: (86) 3271-2371 / (86) 99553-6122
e-mail: getiranap2@hotmail.com

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: SIÂNIA MARIA DE SOUZA
Data de Nascimento: 10/10/1966
Mãe: JOSEFINA NETO

Convênio	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	Médico Assistente
	05	02		

Prescrição Médica - Assinatura

Relatório de Enfermagem

Horário Aplicação Medicamento

Observação

Rubrica

① DIETA COM LÍQUIDO
② SÓLIDO LÍQUIDO
③ DIETA COM LÍQUIDO
④ DIETA COM LÍQUIDO
⑤ DIETA COM LÍQUIDO
⑥ DIETA COM LÍQUIDO

10/10/20
10/10/20
10/10/20
10/10/20
10/10/20
10/10/20

Dr. Ednaldo José Coutinho
Clínica Geral
CRM: 10.000/2000





GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
e-mail: guilherme2@hotmail.com

Nome: Guilherme Soares Coutinho
Data de Nascimento: 10/05/1986
Sexo: M

PROFISSIONAL

05 | 02

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

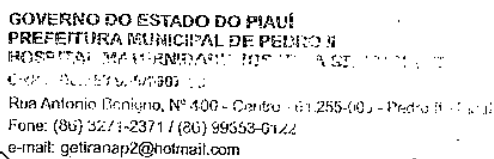
Exame físico: Normal
Exame de laboratório: Normal
Exame de imagem: Normal
Exame de função: Normal
Exame de diagnóstico: Normal
Exame de tratamento: Normal
Exame de acompanhamento: Normal
Exame de avaliação: Normal
Exame de registro: Normal
Exame de assinatura: Normal

Dr. Mardônio Nepomuceno Brito
Enfermeiro
COREN - PI 494.771

Dr. Mardônio Nepomuceno Brito
Enfermeiro
COREN - PI 494.771

Dr. Mardônio Nepomuceno Brito
Enfermeiro
COREN - PI 494.771

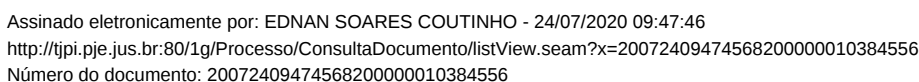




AT A RIO DE JANEIRO

Relatório de Enfermagem

Flavio Pereira
Téc. Em Enfermagem
COREN-PI 001.093.140





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL MATERNIDADE JOSÉ FÁTIMA GETHINHO
Rua Antonio Benigno, Nº 400 - Centro - 64.255-000 - Pedro II - Piauí
Fone: (86) 3271-2371 / (86) 99553-6122
e-mail: getiranap2@hotmail.com

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: Sandra Maria de Oliveira

Data de Nascimento: 1/1/1970

Mãe: _____

Convênio	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	Médico Assistente
	5	2		

Prescrição Médica - Assinatura

Orto val lumb
1 SF 0,9% - 100mg (V) 14/3/2020
2p Velaform 01 sup (SA)
3p Velaform 01 sup + AD (V) (SN)

Dr. Nelson Nogueira
Médico
CRM 8646

Relatório de Enfermagem

Histórico Aplicação Medicamento

Observação

Rubrica

Alto Tranquilo
PI HPM

Sandra Maria de Oliveira
2020 03 29 15:00
Médica
CRM 5444



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 09:47:46
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072409474568200000010384556>
 Número do documento: 20072409474568200000010384556

ie:

2. **RESEARCH DESIGN**

52

Pro Ligand

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

SERIALS VITAL

[illegible]

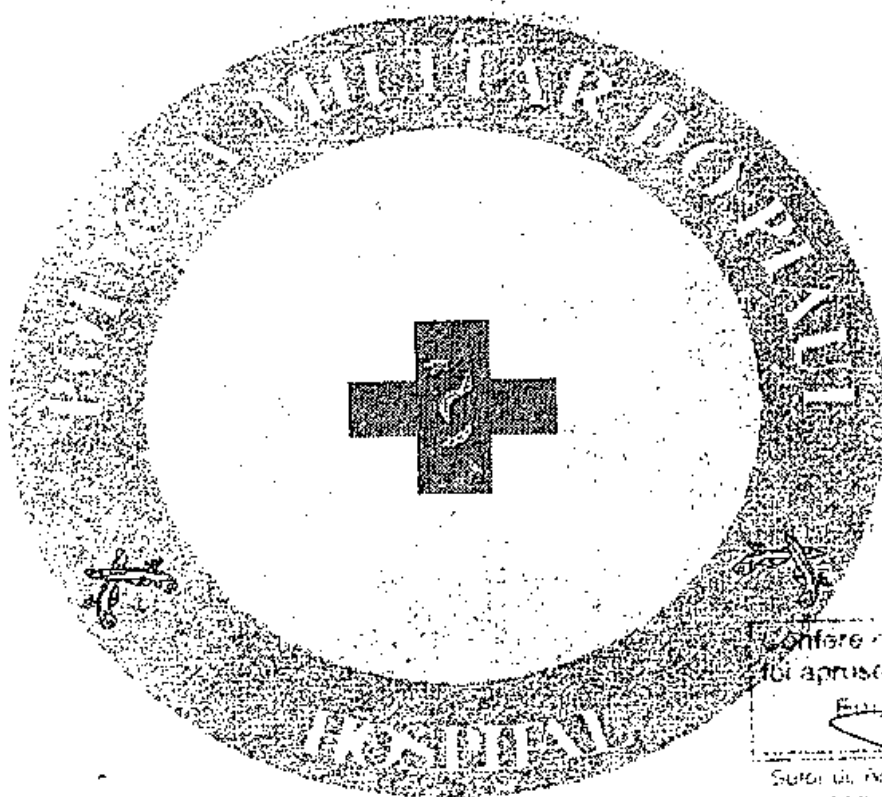
Enrollment Certificate
COLUMBIA: 1046-1

2008	2009	2010





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



Conferido e assinado por: [Assinatura]
Foi apensado em [Data]
[Assinatura]
Superior do Arquivo
[Assinatura]
Lúcia Mendes, Secretária de Arquivo, 1ª TEN. PM
Chefe do Setor de Arquivo do Hospital
RG: 105198183-2 Mat. 144399

NOME DO PACIENTE:

Sauêta Maria de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

355148712

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

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

Saúde
Secretaria de Estado



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS
DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Nº LAUDO: 64834
ATH: 2218100192363

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

700502944831755 SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

NASCIMENTO

12/07/1988

PRONTUÁRIO

355148

SEXO

F

DOCUMENTO

RG

TELEFONE

8098313569

NOME DA MÃE

TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS

RESPONSÁVEL

MADALENA DE SOUSA MARTINS

CEP

64255000

ENDEREÇO (LOGRADOURO)

LOCALIDADE LAGEIRO

NUMERO/LOTE

0

BAIRRO

ZONA RURAL

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

PEDRO II

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA ÚNICA DO RÁDIO DA ULNA

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0408020431

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA ÚNICA DO RÁDIO DA ULNA

CÓDIGO

0408020431

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFÍSE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

CÓDIGO

0408020407

DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

CID 10 PRINCIPAL

S525

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE APRESENTA FRAT DE RÁDIO DISTAL ESQUERDA, NECESSIDADE DE CIRURGIA.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

TERCIO DANTAS MOURA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE

980016283179473

DATA SOLICITAÇÃO

11/04/2018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

980016001406516

04/04/2018 23:03:04

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Diretor Técnico do HPMP
CRM-PI 2608

Dr. Tercio Dantas Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3024



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

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2 - CNES 2323451	Atendimento 620291
3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	4 - CNES 2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS	6 - Preletuário: 355148
7 - CNS: 700502944831755	8 - Nascimento: 12/07/1988
9 - Sexo: F	10 - CPF: 86-9.8313569
11 - Mãe: TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS	12 - Fone: 86-9.8313569
13 - Resp: MADALENA DE SOUSA MARTINS	14 - Cor: PARDA
15 - Endereç: LOCALIDADE LAGEIRO	16 - CEP: 64265-000
17 - Cod. IBGE: 220790	18 - UF: PI
19 - RG: 30150-03	

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
Paciente apresenta fratura de radio distal esquerdo com acometimento da articulação por fratura de mão.

21 - Condições que justificam a internação:
Necessidade de cirurgia

Lus Henning Vazquez Reis 1172
RGPM: 105198193-2 / Mat. 14455-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados):
1/1 x -> fratura de radio distal (C)

23 - Diagnóstico Inicial:
Fratura de radio distal

24 - Cid Princ.:
552.5

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

Procedimento Solicitado

27 - Cod. Proced.:
27

28 - Procedimento Solicitado:
Osteossíntese por fratura de rádio (C)

29 - Clínica:
POSTO II

30 - Caracter.:
B2

31 - Documento:
CPF 85263396491

32 - Doc. Med. Solic.:
85263396491

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

34 - Data de Solicitação:
04/04/2018

Tempo SUS
Dr. Tércio Diniz Mouta
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PA 38724
Ass. Técnica - Vnd. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.	37 - () Acidente de Trabalho Típico.	38 - () Acidente de Trabalho Injúria.	39 - CNPJ Seguradora:	40 - CNPJ Empresa:	41 - N.º Biliatn.	42 - N.º Biliatn.	43 - CNAB, Empresa:	44 - CNAB, Empresa:	45 - Série
46 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.									

Autorização

47 - Nome do Profissional Autorizador	48 - Data Autorização.
49 - Documento	50 - Num. Documento
51 - Ass. (assinatura) (RS) (assinatura)	

52 - Assinatura Paciente ou Responsável:
X madalena de souza martins

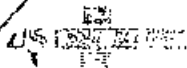
53 - Usuário:
LUZIA SILVA

54 - Consulta Local:

55 - Consulta SUS:

56 - Impressão:
22/09/17





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº de Autorização de Internação Hospitalar (AIIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	2 - CNES	Atendimento
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	
3 - Nome do estabelecimento executante:	4 - CNES	620291
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome:	SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS			6 - Prontuário:	355148		
7 - CNS:	700502944831755	8 - Nascimento:	12/07/1988	9 - Sexo:	F	CPF:	
11 - Mãe:	TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS	12 - Fone:	06-9.8313569	13 - Resp:	MADALENA DE SOUSA MARTINS	14 - Cor:	PARDA
15 - Endere:	LOCALIDADE LAGEIRO	16 - ZONA RURAL:	0	17 - CEP:	64255-000	18 - UF:	PI
19 - Munic:	PEDEIRO II	17 - Cod. IBGE:	220790	18 - UF:	PI	RG:	30150-03

Justificativa da Internação

6 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Lesão aguda fratura de
rôto distal esquerdo com acromioclavicular
articulação e fratura de mão.

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de cirurgia

Luiz Henrique Vasconcelos Filho - 04/07/2018
RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-9
Chefe do Setor de Apoio Técnico

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

RX - fratura de rôto distal (E)

23 - Diagnóstico Inicial:

Fratura de rôto distal

24 - Cid Princ.:

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

S52.5

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

Osteossíntese por fratura de punho (E)

Tempo SUS
040702040

29 - Clínica:

POSTO II

30 - Caracter:

02

1

31 - Documento:

CPF

32 - Doc. Mod. Solic.

85265385491

33 - Nome Profissional / Assistente

EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR

34 - Data de Solicitação:

04/04/2018

Dr. Tercio LIMA MOUTO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 6824

35 - Ass. Clínico Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

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

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização.
48 - Documento	49 - Nº. Documento
50 - Ass. Clínico Med. Solicitante	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

X medicina de Sousa Martins

Usuário: LUCIA SILVA
Consulta Livre:
Consulta SUS:
Impressão: 22:59:17





Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO		04/04/2016	
SIM ☐ NÃO ☐		Nome: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS		Pront.: 355146	
IDEM OUTROS HOSPITAIS		Nasc.: 12/07/1988 Sexo: F		Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM ☐ NÃO ☐		Atendimento: 620291		Enfermaria: POSTO II	
CLÍNICA		Pai:		ENF 208 LEITO	
Médico Assistente		Mãe: TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS		Leito: 208	
Permanência		RG: 3015003			
CLÍNICA		Residência:			
		LOCALIDADE LAGEIRO		Bairro: ZONA RURAL	
		Nr.: 0		Cidade: PEDRO II	
		Cep: 64255000		Telefone: 06 - 98313568	

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

Doente vítima de acidente de moto, apresentando fratura de rádio distal.

DIAGNÓSTICO

Provisório:	CID
Principal: <i>Fratura de rádio distal</i>	CID <i>S52.5</i>
Procedimento: <i>Osteossíntese pl. fixação de punho</i>	
Sintomas e Sinais Principais: <i>Dor e deformidade punho (E)</i>	Causa Médica
	Histo - Patológico

Luis Henrique dos Santos Reis - 27/11/2011
RGPR: 105195193-2 / Mat. 14455-9
Cred. do Setor de Radiologia

TRATAMENTO

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirurgia ☒ Médico Cirúrgico		<i>Cirurgia</i>	☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirurgia ☒ Médico Cirúrgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação	Data da Alta	Data da Hospitalização
04/04/2016 22:29:41	<i>15/11</i>	<i>15/11</i>

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ A Pedido ☐ Internação p/ Diagnóstico	☐ Fisiologia ☐ Psiquiatria ☐ Outros	☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE *11/11*

Assinatura:

Dr. Tércio Amidas Moura
ORTOPEDIA (TRAUMATOLOGIA)
CRM-PI: 3824

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP: 64014-090 - Teresina - PI, CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8



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

BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 06/07/2020
Nº DO PRONTUÁRIO: 255148 SALA: 68
COD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

- ① Paciente com DVIH no tórax lateral e abdômen
- ② Realizado redução interna
- ③ Curativo no escapo OK
- ④ Realizado fixação percutânea no 2º por K
- ⑤ Curativo, etc

Dr. Tércio Diniz Moura
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI: 3824

Dr. Marcos Vasconcelos Reis - 37.700.001
RCC-PA 406100493-7 / Mat. 14493-9
Chefe do Setor de Medicina Torácica

Cirurgia:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Cirurgião:

Antônia Erlene Dias
Técnico em Enfermagem
COREN-PI 922.628



DATA: 09/02/2018
Nº DO PRONTUÁRIO: 2551234567
CÓD DA CIRURGIA:

NOME: ROBERTO LUIZ DE OLIVEIRA JUNIOR Idade: _____ Sexo: ASA
 PROCEDIMENTO: TRANSPLANTE DE RIM Anest. Inf. e Linfo: 3/3/3
 CIRURGIÃO: ROBERTO AUX.: _____ ANEST.: ROBERTO ANESTESIA: ROBERTO + ROBERTO
 INSTR.: ROBERTO CIRC.: ROBERTO INICIO: 11-10 FIM: 11-10 SALA: _____
 P.A. _____ F.C. _____ PESO: _____ Hta. _____ Glicemia _____ Creatinina _____ Respir. _____

OXIGÊNIO		SEQUÊNCIA	
1	2	1	2
MONITORIZAÇÃO X UNIDADES PULSOMÉTRICA NYA E PA VIDA - PRÉ-DIAGNÓSTICA CARDÍACA APTA QUANTITATIVA - TEMPERATURA GLUCOSE (mg)		1500 1400 1300 1200 1100 1000 900 800 700 600 500 400 300 200 100 0	

Técnicas Analíticas:

Comentarios Adicionales

NOV 10 1964

பெ.

11

 Pencil

○ xlmqjz

1. Company:

☐ PVC

Case No.	Driver	Engle	Case	Time in
----------	--------	-------	------	---------

[illegible][illegible]

Medicamentos Utilizados

Adrenalină	Am
Ague dest. înmi	Am
Atropină	Am
Baxera	Am
Bromopridă	Am
Cefazolină 1g	Fr
Cefiximă	Fr
Clipraloxacină	Fr
Clonidin	Am
Catbidol	Fr
Doxametakson	Am
Glazepam	Am
Diforia mg	Am
Dipirina	Am

Dufalax	Amp
Properdit	Amp
Efortil	Amp
Efredim	Amp
Enflunap	ml
Fencanil	ml
Fentanil (StC)	Amp
Helotane	ml
Kidrocortisona	ml
Isolirano	ml
Jalco n°	Und
Lidocaina	gr V
Malscoprenitida	Amp
Mitol	gr

Mideazolam	Fr
Mefenomidazol	Fr
Neocalgina 500 0,5%	Amp
Nitrican	Amp
Noveralipid 0,5%	Fr
Nubain	Amp
Neocalgina 500 0,5% + fentanyl	Fr
Nubexine 0,5% + fentanyl	Amp
Nesiofennilina	Amp
Omniprazol	Fr
Ondaselonas	Amp
Polixa Gel	Fr
Pencuridolam	Amp
Proctid	Fr

Propofol	mi	Aug
Ranitidine		Aug
Quelmin		Aug
Quetiamin	ml	
Ramifenacil	Fr	
Ringeractado	Fr	
S. Fitolag 0,8%	ml	Fr
S. Glencosa 5K	ml	Fr
Scal n°		Unif
Tetral		Aug
Tibril		Fr
Flapental		Fr

476310-25-0000





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA
CNPJ: 06.553.929/0007-10
Rua Antônio Benigno, 400 - Centro - CEP: 64255-000 - Fones: (86) 3271-2371 / (86) 99553-6122
e-mail: getiranap2@hotmail.com

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERH
SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO / TRANSFERÊNCIA

DATA: 04/07/18 HORA: _____ NÚMERO DO TELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE: HOSPITAL
MUNICÍPIO: Pedro II
MÉDICO: Dr. Edson
CRM: 5102

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO:

() Obstetrícia () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria
() Outro: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Francisco de Oliveira Santos
Data de Nascimento: 12/07/1938 Idade: 39 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino
CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: 2025294484755
Município de Procedência: Imperatriz - MA
HDA: Paciente vítima de queda de moto com fratura
de nádegas esquerda, antebraço esquerdo

HD: Fratura estumidade distal rádio e CID S50S
ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

4 - Espontânea
3 - Comandos
2 - À dor
1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

5 - Orientado
4 - Confusa
3 - Palavras inapropriadas
2 - Palavras incompreensíveis
1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

6 - Obedece a comandos
5 - Localiza dor
4 - Movimento de retirada
3 - Flexão anormal
2 - Extensão anormal
1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

T ax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: _____ mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: _____ mg/d

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

() Oxigênio () Hidratação
Venosa

() Aspiração () Medicação
(especificar) _____

() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO:

Hospital de Polícia Militar
Clínica/Posto: Ortopedia Senha: 10803035293





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 95147
PACIENTE: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
NOME DA MÃE: TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS
DATA DO NASCIMENTO: 12/07/1988
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 04/04/2018
DATA DO LAUDO: 17/04/2018
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura do rádio distal, com extensão articular.

Avulsão do processo estilóide ulnar.

Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura do rádio distal, com extensão articular.

Avulsão do processo estilóide ulnar.

Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

Luiz Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198193-2 / Matr. 14455-9
Chefe do Setor de Radiologia

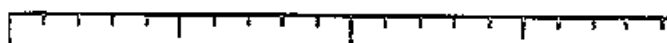
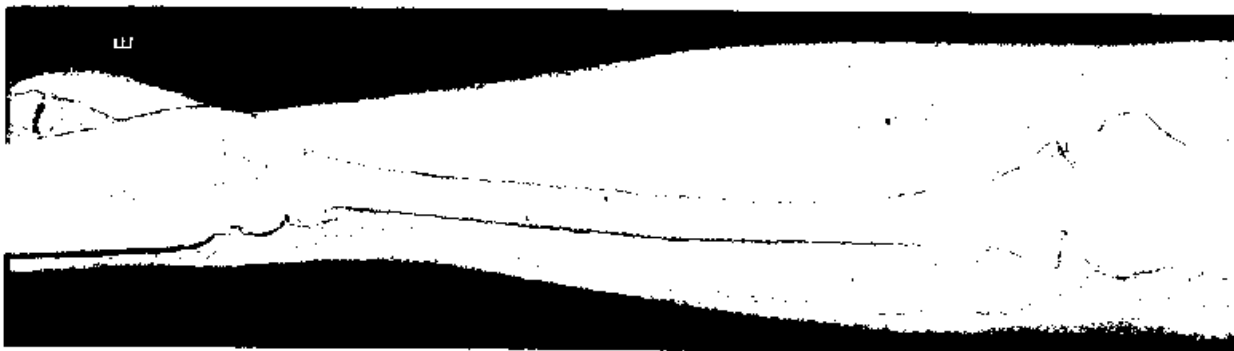
Liege Ribeiro Soares de Sampaio
Médica
CRM-Piauí 417

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 417

Av. Higino Cunha, 1642 - Jibóias - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.169/0002-25

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





Quest 05042018 Hora: 07:57

Luís Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198193-2 / ANS: 14455-9
Chefe do Setor de Identificação



14091
NORA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
Id: 0220Y
Sex: F

WC: 304
WW: 748





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 707032278

NOME.....: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

MÉDICO SOLIC:

DATA LAUDO....: 18/04/2018

CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 07/04/2018

IDADE: 29 anos

CRM: -PI

CÓDIGO: 31760

RX PUNHO ESQUERDO

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

- Fratura na extremidade distal do rádio fixada com fios metálicos.
- Fratura no processo estilóide da ulna.
- Tala gessada.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Controle ortopédico.

Ivan Fontenele Gomes

IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI

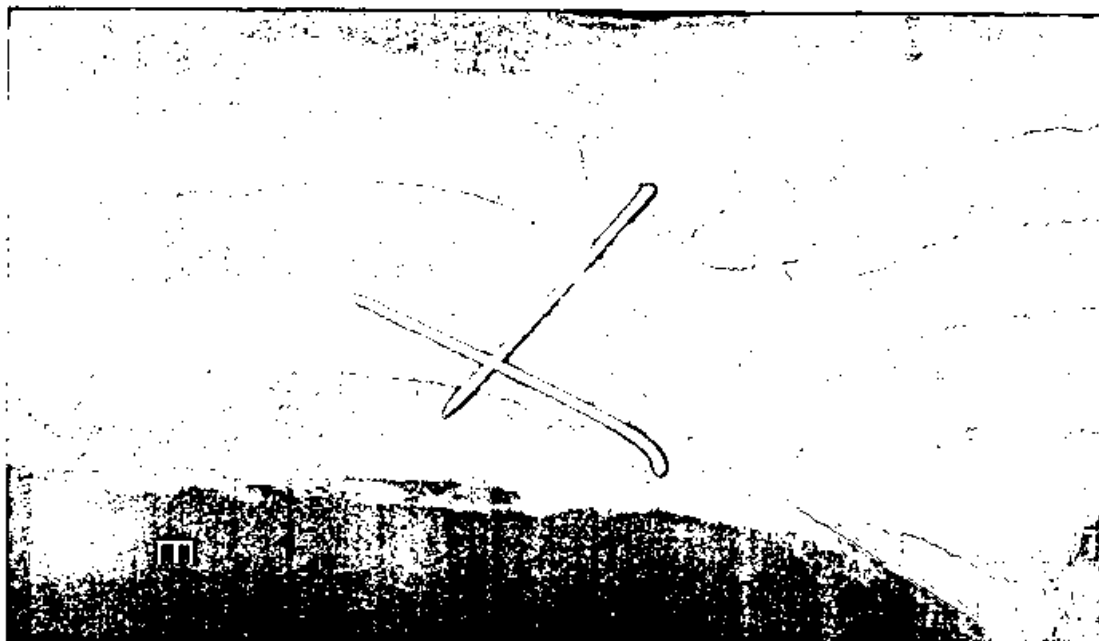
Luís Henrique Pinheiro Reis
RUA JOSÉ BENEZ 2 / Mor. 14433-9
Chefe do Setor de Radiologia

Av. João Cunha, 1642 - J. Moraes - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CRM 07244156/0002-26

Telefone: (98) 3227-6265
Fax (98) 3216-1520



EDNAN SOARES COUTINHO
RGPM 105198193-2 / Matr. 14455-9
Chefe do Setor de Suporte Técnico



Luís Henrique Vasconcelos Reis 21/07/2020
RGPM 105198193-2 / Matr. 14455-9
Chefe do Setor de Suporte Técnico

Evento: 07/04/2020 14:45:56

POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 92100
ATENDIMENTO:
PACIENTE: MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
DATA DO EXAME: 12/07/2018
CONVÊNIO: NADA
MÉDICO: ERICA CHAGAS FEITOSA
POSTO: POSTO 01 - 18 LERES

DATA: 04/04/2018

SEXO: F
IDADE: 29 anos 24d

CONSULTA

Método: Vít. Simples

Tempo de Exame: 1,15 min.
Método: Vít. Simples 4,0 Minutos

Tempo de Exame: 7,30 min.
Método: Lee-White 12 Minutos

Prova de Coagulação: NEGATIVA
Resultado: Negativo

RETRACÇÃO: TOTAL

Luiz Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198193-2 / M.M. 14435-9
Chefe do Setor de Análises Clínicas

FRANCISCO
CAP. 01

CHAGAS MACEDO
BIOQUÍMICO
245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUÍMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

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





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 92123

DATA: 04/04/2018

ATENDIMENTO: 620291

PACIENTE: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

SEXO: F

DATA DO NASCIMENTO: 12/07/1988

IDADE: 29a 8m 24d

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

MEDICO: ERISVALDO MACHADO FEITOSA

POSTO: POSTO II ENF: 208 LEITO:

CREATININA..... 0,9 mg/dl

Material: Soro

Método: Enzimático

Valores de Referência:

De 0,4 a 1,4 mg/dl

UREIA:..... 30 mg/dl

Material: Soro

Método: Enzimático

Valor de Referência:

15 a 40 mg/dl

GLICOSE..... 70 mg/dl

Material: Soro

Método: Enzimático

Valores de Referência:

70 a 99 mg/dl

Luiz Henrique de Sousa Coutinho
RGPM 105198193-2 / Matr. 14435-9
Chefe do Setor de Análises Clínicas

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

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Av. Hígino Cunha, 1642 - Ilhoas - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.169/0002-25

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 09:47:46

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072409474568200000010384556>

Número do documento: 20072409474568200000010384556



HOSPITAL DIRETO ARAGUAIA
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

Pedido de Exames de Imagem

RECEPÇÃO INTERNAÇÃO

Nome do paciente: 355148 - SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Data de Nascimento: 12/07/1988 02: - 29 Anos 8 Meses 24 Dias

Nome da mãe: TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS

CPF:

RG: 3015003

SSP-PI

Sexo: F

Telefone: 90319585

Observação:

PEDIDO DE EXAME ELETROCARDIOGRAMA HPM

Atendimento: 620291

Data Pedido: 04/04/2018 23:30:00

Médico Solicitante:

Unidade Solicitante: POSTO II

Código Pedido: 95146

Convênio: SUS - INTERNACAO

Origem: RECEPÇÃO INTERNAÇÃO

CRM: 2541

Exame:

1241 ELETROCARDIOGRAMA

Usuário: ERISVALDO.FEITOSA

Data de entrega: 18/04/2018 23:

Hospital da Polícia Militar do Piauí

Data da entrega: 18/04/2018 23:

Retirar o exame no setor PROTOCOLO das 7:00 às 17:00

Paciente: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Exame: ELETROCARDIOGRAMA

Data em exame: 04/04/2018 23:30

Convênio: SUS - INTERNACAO

Pedido: 95146

Atendimento: 620291

Data de Nasc.: 12/07/1988 0:

Assinatura:

Observação: A entrega de exames somente será realizada mediante a apresentação de um documento de identificação

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higinio Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI - Cep: 64.014-220

HPMPI - CNPJ 07.444.159/0002-25

Fone: (86) 3216-1528 - Fax: (86) 3216-1529

CANHOTO DO PACIENTE



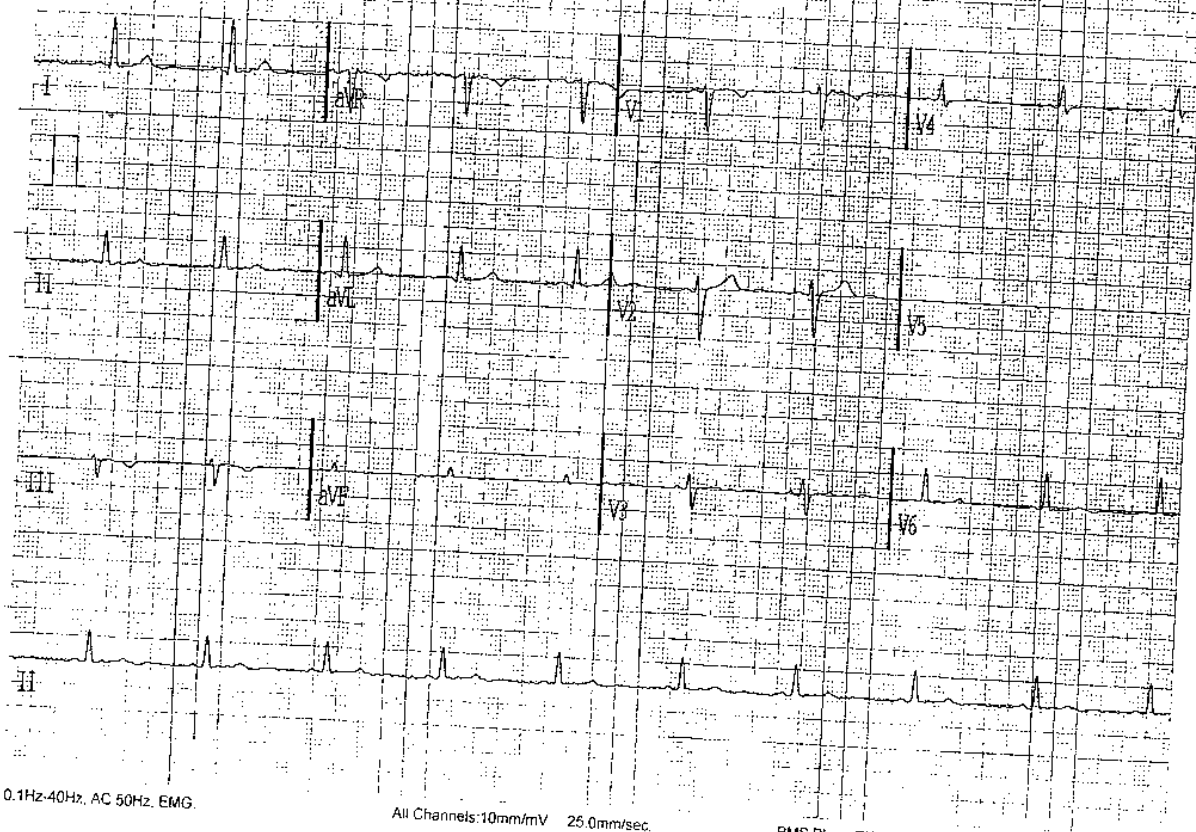
ID: 90146
Name: SANDRA SANTOS
Age: 29yrs. Sex: FEM
H: 0cm W: 0kg

Heart Rate: 59 bpm
PR int.: 116 ms
QRS dur.: 88 ms
QT/QTc: 436/429 ms
P-R-T axes: 18-11-3

*** Analysis Result ***
Sinusarr + 1 Rhythm Report
Bradycardia Sinusali (HR: 50-59)
Eixo Normal
[Alterações Mínimas ou Variáveis Normais do ECG]
*** Comment ***

Hospital: uc, C?
Confirmed by:

PACIENTE: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
DATA NASCIMENTO: 12/07/1988 29 ANOS
MÉDICO SOLICITANTE: DR. ERISVALDO M. FEITOSA



0.1Hz-40Hz, AC 50Hz, EMG

All Channels: 10mm/mV 25.0mm/sec

BMS Plus - EKG Viewer

Bianet Co., Ltd.



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: 0800-1596 / 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, ANTONIO FERREIRA MARTINS



RG nº 395.186

data de expedição 09/08/2017

Órgão SSPP1

portador do CPF nº 272.214.312-72

com domicílio na cidade de PEDRO II

no Estado de

PIAUI

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA DESEMBARGADOR ALVARO BRANDÃO

nº 209

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

SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

cujo o condutor era

SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG125 TITANES

Ano: 2000

Placa: 2WE 2910

Chassi: 9C2JC30101R021564

Data do Acidente: 28/03/2018

Local e Data:

PEDRO II - PIAUI

08/04/2019

Antonio Ferreira Martins

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO "SALVADOR OLIVEIRA" OFÍCIO
RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE DE ASSINATURA(S)
DE Antonio Ferreira Martins

DATA: 08/04/2019
CAVALARIA



Salvador Oliveira Junior
Tabelião e Oficial Substituto do
Registro Civil e Notas
2º Ofício Pedro II - PI



1269665-7

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE, criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	PERÍODO	CONSUMO (WAT)	TOTAL (KWH) (P6)
NOVEMBRO/2018	13/11/2018	30	8,51

ANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
R. CAPUANO DE CIMA S/N B-RURAL
UF: 00004148929331
CEP: 64.255-200 - PEDRO II. e

DADOS GASTADORA		DADOS GASTADORA	
Atualiz	1124	Atualiz	06/11/2018
Anterior	1124	Anterior	04/10/2018
Constante de Multiplicação	1.000	Próxima Leitura	03/12/2018
Consumo Medido	0	Próxima Leitura	05/11/2018
Consumo Faturador	30	Consumo Faturador	06/11/2018
	FCAM		

MINING

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Cidade/Estado	Ligação	Número Modem	Porto	Código Fax	Módulo 12 meses
ESID.BJ.RENJA	MGNG	A1055890		1431	0

MENSALIDADE		MENSALIDADE DE CONTRA	
JUL/18	1	CONSUMO	38 A. R\$ 0,219728 = 6,58
AGO/18	1	CONTR. ILUMINACAO P.B. (COSIP)	1,10
SET/18	1	DIFERENCA DE TARIFA	12,58
OUT/18	1	SUBVENCAO BACSA RENDA	1,77
NOV/18	1	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	2,31
DEZ/18	1	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,47
JAN/19	1		
FEB/19	1		
MAR/19	1		
ABR/19	1		
MAY/19	1		
JUN/19	1		
JUL/19	1		
AGO/19	1		
SET/19	1		
OCT/19	1		
NOV/19	1		
DEZ/19	1		
JAN/20	1		
FEB/20	1		
MAR/20	1		
ABR/20	1		
MAY/20	1		
JUN/20	1		
JUL/20	1		
AGO/20	1		
SET/20	1		
OCT/20	1		
NOV/20	1		
DEZ/20	1		
JAN/21	1		
FEB/21	1		
MAR/21	1		
ABR/21	1		
MAY/21	1		
JUN/21	1		
JUL/21	1		
AGO/21	1		
SET/21	1		
OCT/21	1		
NOV/21	1		
DEZ/21	1		
JAN/22	1		
FEB/22	1		
MAR/22	1		
ABR/22	1		
MAY/22	1		
JUN/22	1		
JUL/22	1		
AGO/22	1		
SET/22	1		
OCT/22	1		
NOV/22	1		
DEZ/22	1		
JAN/23	1		
FEB/23	1		
MAR/23	1		
ABR/23	1		
MAY/23	1		
JUN/23	1		
JUL/23	1		
AGO/23	1		
SET/23	1		
OCT/23	1		
NOV/23	1		
DEZ/23	1		
JAN/24	1		
FEB/24	1		
MAR/24	1		
ABR/24	1		
MAY/24	1		
JUN/24	1		
JUL/24	1		
AGO/24	1		
SET/24	1		
OCT/24	1		
NOV/24	1		
DEZ/24	1		
JAN/25	1		
FEB/25	1		
MAR/25	1		
ABR/25	1		
MAY/25	1		
JUN/25	1		
JUL/25	1		
AGO/25	1		
SET/25	1		
OCT/25	1		
NOV/25	1		
DEZ/25	1		
JAN/26	1		
FEB/26	1		
MAR/26	1		
ABR/26	1		
MAY/26	1		
JUN/26	1		
JUL/26	1		
AGO/26	1		
SET/26	1		
OCT/26	1		
NOV/26	1		
DEZ/26	1		
JAN/27	1		
FEB/27	1		
MAR/27	1		
ABR/27	1		
MAY/27	1		
JUN/27	1		
JUL/27	1		
AGO/27	1		
SET/27	1		
OCT/27	1		
NOV/27	1		
DEZ/27	1		
JAN/28	1		

[illegible]

RESERVADO AO FISCOD A14C.52AA.3E84.5279.06A7.0AB0.5CB8.5DD7

COMPANHIA DA CUNIA S/A		DADOS GERAIS	
Distribuição:	5,12	Data de início:	
Energia:	9,72	Alíquota ICMS:	
Tratamento:	1,52	Valor do ICMS:	
Emissão:	1,54	Valor do PIS:	0,27
Tributos:	1,27	Valor do COFINS:	1,60

VERBA CUSTO DE MANUTENÇÃO

UNIT WORKSHEET ON TAJUDDIN

6,27	12,54	25,08	3,55	7,10	14,20	2,71
0,00			2,00			11,00

PEDRO II

6/2/2018

2.94

 Eletrobras
Distribuição Paulista

ĐEU CỘNG 6

TOTAL A PAGAR - R\$

1060695-7

R 51

RESULTS

VENGIMENTO

11/30/10

12/1/2015

U.S. Note File #: 01325501

8365000020 2 08510017000 1 00000001069 4 68571113006 1





Comprovação de ato declaratório



**SAMU
192**

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DIRETORIA DE UNIDADE E ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/ SAMU 192

Nº _____

SOLICITAÇÃO DE SOCORRO

DATA: 22/03/18 N° FONE DO SOLICITANTE: Nenhum N° VÍTIMAS: 04 24 50 26

AMBULÂNCIA ACIONADA: (X) USB () USA () AMBULÂNCIA DO ESTADO

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

- | | | |
|--|--|--|
| ☒ Acidente de Trânsito | ☐ Queimadura | ☐ Transporte/ Transferência |
| ☐ Queda | ☐ Choque Elétrico | ☐ Já Removido |
| ☐ Envenenamento | ☐ Urgência Clínica | ☐ Falso Chamado |
| ☐ Agressão Física | ☐ Urgência Obstétrica | ☐ Outros |
| ☐ Afogamento | ☐ Urgência Psiquiátrica | |
| ☐ Mal Súbito | ☐ Urgência Pediátrica | |

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Anta da Entrada de Museu do Zégo BR 404
PONTO DE REFERÊNCIA: rua da Teixeira

CONTROLE DA UNIDADE

SAÍDA DO P.A.: <u>19:05</u> H	CHEGADA AO LOCAL: <u>19:16</u> H
SAÍDA DO LOCAL: <u>19:27</u> H	CHEGADA AO HOSPITAL: <u>19:32</u> H
SAÍDA DO HOSPITAL: <u>19:39</u> H	CHEGADA AO P.A.: <u>20:05</u> H

HOSPITAL DE DESTINO: H. G. B. N.

APOIO SOLICITADO:

() POLÍCIA MILITAR () POLÍCIA CIVIL () UNIDADE EXTRA () CAPS

TELEFONISTA

MÉDICO REGULADOR

CARTORIO GALVAO OLIVEIRA 2º OFÍCIO

CERTIFICADO

CERTIFICO QUE A PRESENTAÇÃO DESTA
CONFORME O ROL DO JORNAL DE COMMERCE
AO QUAL ME INSCRIZI E DOU FE
EM 22/03/2018 DA VILA DE
PEDIÇÃO Nº 92/04/2018

TABELIAO DO 2º OFÍCIO

Cartório Galvão Oliveira
Tabelião do 2º Ofício
Rua da Teixeira
2º Ofício Cartório





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DIRETORIA DE UNIDADE E ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/SAMU 192



SAM
192

Nº 20

DATA: 28 / 03 / 18

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

NOME DO PACIENTE: Sandra Maria da Oliveira Santos

SEXO: () MAS (X) FEM IDADE: 29 anos

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: BR 404

TIPO DE OCORRÊNCIA:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Envenenamento | ☐ Agressão Física | ☒ Acidente de Moto |
| ☐ Choque Elétrico | ☐ Afogamento | ☐ Acidente de Carro |
| ☐ Urgência Obstétrica | ☐ Queda | ☐ Mal Súbito |
| ☐ Urgência Pediátrica | ☐ Já Removido | ☐ Falso Chamado |
| ☐ Ferimento Arma Branca | ☐ Ferimento arma de fogo | ☐ Queimadura |
| ☐ Atropelamento | ☐ Urgência Clínica | |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- ☐ Alerta
☐ Responde ao Comando
☐ Responde a Dor
☐ Sem Resposta

PUPILAS

- ☒ Iguais
☐ Desiguais
☐

FALA

- ☒ Normal
☐ Confusa
☐ Nenhuma

PULSO RADIAL:

- | | |
|---|---|
| ☒ Forte | ☒ Ausente |
| ☐ Fraco | ☐ Leve |
| ☐ Ausente | ☐ Moderado |
| | ☐ Intenso |

Sat 99 Gln 901 T.

SINAIS VITAIS	1ª Verificação	2ª Verificação
Temp		
P.A.	110 x 70	
Pulso	90	
Respiração	20	

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Aspiração | ☐ Imobilização de extremidades | ☐ Ass. Obstétrica |
| ☐ Oxigênio | ☒ Prancha | ☐ Hemostasia |
| ☐ Reanimação Cardio - Resp | ☒ Colar Cervical | ☐ Curativo |
| ☐ Ventilação Artificial | ☐ KED | ☐ |
| ☒ Monitorização | ☐ Acesso Venoso - Solução | |
| ☐ Outros | | |

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA:

PC2 Valência de acidente de moto inssente com fratura no braço esquerdo e sem lesões visíveis.

ENTRADA NO HOSPITAL: CONDIÇÕES DE GRAVIDADE NA ENTRADA

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Melhorando | ☐ Severa Gravidade | ☐ Indeterminado |
| ☐ Piorando | ☐ Média Gravidade | ☐ Óbito antes do Socorro |
| ☒ Inalterado | ☐ Pequena Gravidade | ☐ Óbito no transporte |
| ☐ Coma | ☐ Ileso | |

HOSPITAL DE DESTINO: H. J. G. N.

Herlany
Banda

Profissional Receptor do Hospital

Médico/Enfermeiro



CARTORIO GALVAO OLIVEIRA 2º OFICIO
CERTIDÃO

CERTIFICO QUE A PRESENTE CERTIDÃO É
CONFIRMAÇÃO DO QUE FOI REGISTRADO E
AUTUALIZADO EM 15/07/2020
SEGUNDO O LIVRO DE REGISTROS
FOLHA 11 (157) P. 109

[Assinatura manuscrita]
TABELÃO DO 2º OFÍCIO

Bel. Orlando Urias da Oliveira Junior
Tabelião e Oficial Substituto do
Registro Civil e Notas
2º Ofício Pedro II - PI

