

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190646097 Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Data do Acidente: 21/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
-----------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190646097

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Data do Acidente: 21/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190646097

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Data do Acidente: 21/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190646097

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Data do Acidente: 21/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do 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 quadril 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: **MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA**

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

Banco: **001**

Agência: **000000151-1**

Conta: **0000069667-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190646097

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Data do Acidente: 21/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 20/02/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

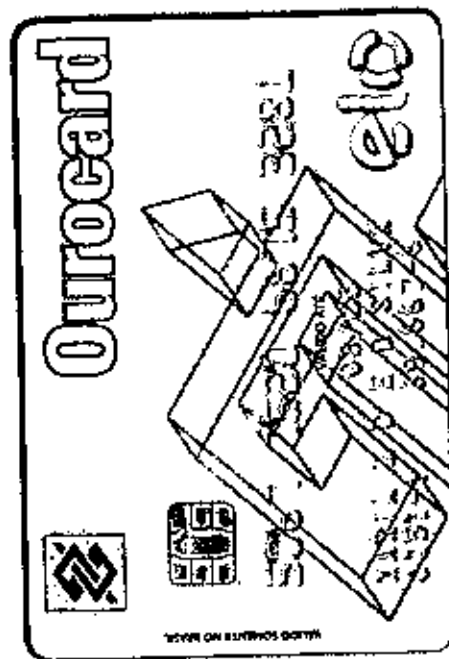
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Autorização de pagamento



*** Extrato de Conta Corrente ***

Agência : 30397116 AC PALOS
 Terminal : 99326193 Id. Inv. : 271046
 No Aut : 152530 Carta : 8402708
 Data : 11/11/2019 Hora : 16:25
 Horário de Brasília

BANCO DO BRASIL S.A.

5757804147

(151)

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMELIS CINFERENCIA

AGÊNCIA: 0151-1 CRIA: 01.667-0
 CLIENTE: MARIA NOLDA SILVA

HISTÓRICO	DOCUM.	VALOR
-----05/11/2019		
Saldo Anterior		0,000
----- NÃO HÁ ENCARGENTOS -----		

VÓCE PODE TER UMA CONTA ESPECIAL POR PRODUTO SUA
 AGÊNCIA E ASSINE O CONTRATO.

AUTOPEL AUTOMAÇÃO COM. E INFORMÁTICA LTDA CNPJ 06.696.091/0001-90 (ATO COTEPE 21/2011)
CONTÉM 45 METROS - PAPEL THERMOSCRIPT KPR 44g/m² - PARA USOS EM ECF ATO COTEPE 51/2013



Correios



Faça com os Correios, correios.com.br/maconhos.com.br

CAC: 3003 0000 ou 0800 725 7282 (atendimento)

0800 725 0100 (sugestões e reclamações)

Ouvatória: cor.br/ouvia/ouviaonline

Denúncia: correios.com.br/denuncia

Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos neste comprovante é de até 5 anos.
Evite seu contato com plásticos, solventes e produtos químicos. Não exponha à luz, calor
e umidade excessivos. Se necessário manter o recibo por mais tempo, providencie cópia.



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 2535966EXPEDIDO POR SSP - PBEM 21/03/2018CPF 068347414-61 / CNPJPROFISSÃO TEC. SAÚDE OCUL

E RENDA MENSAL DE R\$ 998,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MICHAEL KELLY SILVA DA COSTA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 001 AGÊNCIA 0151-1 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 69.667-6

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

LOCAL PATOS - PBDATA 11/11/19ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) maria das dores emiliano da silva

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02865.01.2019.3.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02865.01.2019.3.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:24 horas do dia 11 de novembro de 2019, na cidade de Patos, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de Patos - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Manoel Martins Fernandes, matrícula 1355163, e lavrado por Ana Maria da Cruz Leandro, Agente de Investigação, matrícula 1384287, ao final assinado, compareceu **Maria das Dores Emiliano da Silva**, CPF nº 068.347.414-61, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Tec.saude Bucal, filho(a) de Maria Salete Guilherme da Silva e Manoel Emiliano da Silva, natural de Piancó/PB, nascido(a) em 05/10/1982 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Semeão Gentil, Nº S/N, complemento QD: 105, LOTE: 55, bairro Conjunto Bivar Olinto, tendo como ponto de referência Espetinho do Pedro, na cidade de Patos/PB, telefone(s) para contato (83) 99857-2636.

Dados do(s) Fatos:

Local: *, Patos/PB, bairro Conjunto Bivar Olinto; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/11/19 14:25h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

Boletim de ocorrência

(1) Outros, descrição Lesão Por Acidente de Trânsito



E NOTIFICOU O SEGUINTE:

A Notificante afirma que, na data 21/07/2019, por volta das 16h:30min, seu filho (menor) MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA, CPF 158.740.574-12, conduzia uma motocicleta de marca/modelo HONDA/CG 125 FAN KS, Placa: NQD3498/PB, Renavam: 00233518517, ano/modelo: 2010/2010, cor: VERMELHA, chassi: 9C2JC4110AR687579, Licenciada em nome de Damião Jose Alexandre, quando em um cruzamento no Loteamento Itatiunga, nesta cidade, a moto que seu filho conduzia, foi abalroada por outra moto, tendo o motoqueiro se evadiu do local; que seu filho MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA, foi socorrido e conduzido ao Complexo Hospitalar Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade, pelo SAMU, onde foi submetido a uma cirurgia no fêmur esquerdo.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Patos/PB, 11 de novembro de 2019.

ANA MARIA DA CRUZ LEANDRO
Agente de Investigação

MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA
Noticiante

vítima →
Procedimento Policial: 02865.01.2019.3.00.401

SINISTRO-Nº 3190646097

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Vítima: MIKAEL KELLY SILVA DA COSTA - CPF. 158.740.574-12

Eu, MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 2535966 SP-113 e inscrito no CPF/ME sob o nº 068.747.414-61, residente e domiciliado na RUA SEMEIO GENTIL, Q. 105-L-55- BIRAM OLINDA, Cidade PIATRS, Estado PIB, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de Inexistência de IML



Maria das Dores Emiliano da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Rqm-13, 28/11/2019

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

31 90646097

Eu, MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 2535966 - PB e inscrito no CPE/ME sob o nº 068.347.414.61, residente e domiciliado na Rua Sena Gental, 12 - 105 - LT - 55 - BIVAN HORTO, Cidade PATOS, Estado PB, 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:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de Inexistência de IML



Maria das Dores Emiliano da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Patos/PB, 07/02/2020

Local e data



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

Certidão de nascimento

NOME:

MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA



CPF

158.740.574-12

MATRÍCULA

0720410155 2004 1 00046 077 0052631 87

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

vinte e quatro de maio de dois mil e quatro

DIA

24

MÊS

05

ANO

2004

HORA DE NASCIMENTO

07:15

NATURALIDADE

Patos-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Patos-PB

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

Maternidade Dr Peregrino Filho - Patos-PB

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

Lecil Alves da Costa, naturalidade: São José de Espinharas-PB | Maria das Dores Emiliano da Silva, naturalidade: Piancó-PB.

AVÓS

Paterno(s): Sebastião Alves da Costa e Ana Maria Alves. Materno(s): Manoel Emiliano da Silva e Maria Salete Guilherme da Silva.

GÊMEOS

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS

NÃO

NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO)

vinte de outubro de dois mil e quatro (20/10/2004).

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO VIVO

— NADA CONSTA —

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCER

2º VIA. Registro lavrado em 20/10/2004, no livro A-00046, Nº 52631, folha 77-V.

Celu Palmeira Serviço Registral
Maria do Céu Palmeira Monteiro Felipe
Patos-PB

Rua Rui Barbosa S/N, Ed. João Alves, sala 02, Centro Patos-PB - CEP
58700060 Fone: 83-3421 2890 E-mail: cartoriocivilpatospb@yahoo.com.br

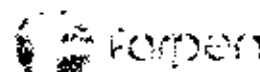
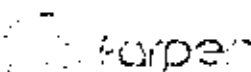
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Patos-PB, 06 de novembro de 2019.

Luiza de Fátima de Souza Moura
Luiza de Fátima de Souza Moura
Escriventa Compromissada

Consulte a autenticidade em:
<https://safedigital.tjpb.jus.br>



Selo Digital: **AJJ00825-HA9N**



VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 045695 : C

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: 29/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00151-1

CONTA: 000000069667-6

Nr. da Autenticação BB7A364DB7432146

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

Comprovante de residência



EU, Maria das Dores Emiliano da Silva

Declaro para os devidos fins que resido no Logradouro:

Rua/AV: Semeão Gentil, S/Nº 2-105.2-55

Bairro: BIVAN OLIVTO

Cidade: PATOS - PB

CEP: 58701-610

Patos, 11 / 11 / 2019

Maria das Dores Emiliano da Silva

RG: 2.535.966.558. PB

CPF: 068.347.414-61.



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Janguribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATOS COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

68735332

REFERÊNCIA

00/1/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA SALETE G DA SILVA
RUA SIMEÃO GENTIL, S/N - BIVAR OLINTO PATOS PB
58701-610

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Outro	
075.012.055.0105 (HH)	(HH)	I	II	III	IV	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
12N281663	11/09/2012	EXT. AL. B. RUA 400	1075N2731			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) TEM. DE DIAS PROXIMA LEITURA						
1575	1598	23	31	18/11/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
SET/2019	18	PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES				
AGO/2019	21	TURBIDEZ	45	77	77	
JUL/2019	19	CLORO	91	97	97	
JUN/2019	15	COL. TERMOG.	0	0	0	
MAI/2019	18	COR	45	77	77	
ABR/2019	18	COL. TOTAIS	91	97	97	
MEDIAN	18	DADOS REFERENTES A: AGO 19				

DATA DA IMPRESSÃO: 21/10/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 14:57:27

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,15 POR M3

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 9,82 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

03/11/2019

Total a Pagar:

R\$ 106,16



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE "ARIFA"

INFORMAÇÕES GERAIS:

CHEGADA DE TRABALHO INFANTIL



PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: USB 04

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: <u>21.09.19</u>	Ocorrência n°: <u>3025</u>	Paciente / Usuário: <u>MICHAEL KELVIN DA SILVA COSTA</u>	Idade: <u>15</u>	Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.
Local da Ocorrência: <u>RUA PAVANES</u>	Bairro: <u>ITAPUANGA</u>	Médico Regulador: <u>Dr. Luan</u>		
Apoio no Local: ☐ PM ☐ Resgate / Bombeiros ☐ Resgate PRF ☐ CPTRAN ☐ SITRANS ☐ TROTE ☐ Outro				
QTA: ☐ Socorrido por terceiros ☐ Recusou atendimento ☐ Socorrido pelo Bombeiro ☐ Local não encontrado ☐ Outro				

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUÍTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/ISOTERRAMENTO	☐ QUEDA MÉTROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: C.H.R. RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☒ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Dor, edema e deformidade em antebraço (E) e dor, rotacion e
complicado na manipulação da M.E.

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☒ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm

Hg ☐ <90mm Hg

P.A.: 120x80 FC: FR: 84 TEMP.: _____ °C - GLICEMIA: _____ md/dl - E. Com a: _____ SpO2s/O2: 92 SpO2c/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

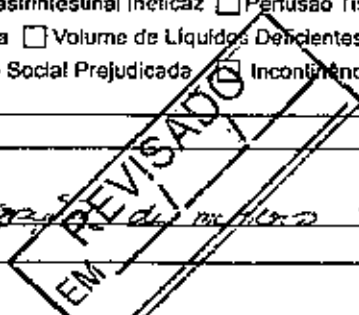
☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada
☐ Débito Cardíaca Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da
Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz
☐ Perusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perusão Tissular Renal
Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume
Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal
☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros: _____

INTERVENÇÕES:

Imobilização completa m. punha, rádio e 1 Imobilização de m. ulna + AUP
+ Terapia medicamentosa + transporte.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de lesão moto-moto, Glasgow 15. Volume e color
no M.E. e fratura de punha de fêmur. Realizada imobilização
de punho e completa em punha rápida. E encaminhado ao
C.H.R.



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

01 - Equipamento
02 - Selo 18
01 - Seringa de 10ml
04 - ataduras

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:**DIAGNÓSTICOS:****PROCEDIMENTOS:**

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOSTOMIA

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA

☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO

☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL

☐ TALAS / TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

SEQUEL + Dipirona 7 AD (E)

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):**ENCAMINHAMENTO:**

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO

☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVação DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): M. Alina E. Rêto COREN: 199011 MAT.: _____

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT.: _____

CONDUTOR: Gabriel

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 54935 PRONTUÁRIO 29846
DATA 21/07/2019 HORA 18:01 OPERADOR LCLEA
MÉDICO MOURIBE ARRUDA FELINTO

PACIENTE MIKAEL KELVY SILVA COSTA IDADE 15a 2m

RESUMO CLÍNICO:

Vítima de acidente de trânsito

D. HÍSTICO: Fato físico (E) S72.8
CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Rbs + Ressonância (E)

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Port. 301.5/Qu. 1m no 1m

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

DMBUSTRO de 06/07

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (X) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 04 DE 08 DE 2019

João H. S. S. Laurean
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7417

MÉDICO/CRM

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) Mikael Kelly
Silva Costa portador(a) da identidade
RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no
dia de hoje, às 18 h 01 portador(a) da patologia CID-10 S72.8, devendo
permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 180 dias, a partir
desta data.

Patos, 28/07/19

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7447

Assinatura e carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a)
_____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10
ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª via - paciente 2ª via - anexar ao prontuário de atendimento

Rua Horácio Nobrega, s/n Belo Horizonte 58704-000 Patos PB Fone 83 3423.2741

ortopedia e traumatologia

PEDIDO DE VENDAS

Nº

Material Médico Hospitalar EIRELI

NE - NR

Prontuário

Hospital

Vendedor

Paciente

Data

Médico

Instrumentador

Convênio

Procedimento

QUANT.	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	COD	V. UNIT.	V. TOTAL
01	Placa CH 6	0702030813		
02	band. Dantes			
03	band. Dantes			
04	band. Dantes			
05	band. Dantes			
06	band. Dantes			
07	band. Dantes			
08	band. Dantes			
09	band. Dantes			
10	band. Dantes			
11	band. Dantes			
12	band. Dantes			
13	band. Dantes			
14	band. Dantes			
15	band. Dantes			
16	band. Dantes			
17	band. Dantes			
18	band. Dantes			
19	band. Dantes			
20	band. Dantes			
21	band. Dantes			
22	band. Dantes			
23	band. Dantes			
24	band. Dantes			
25	band. Dantes			
26	band. Dantes			
27	band. Dantes			
28	band. Dantes			
29	band. Dantes			
30	band. Dantes			
31	band. Dantes			
32	band. Dantes			
33	band. Dantes			
34	band. Dantes			
35	band. Dantes			
36	band. Dantes			
37	band. Dantes			
38	band. Dantes			
39	band. Dantes			
40	band. Dantes			
41	band. Dantes			
42	band. Dantes			
43	band. Dantes			
44	band. Dantes			
45	band. Dantes			
46	band. Dantes			
47	band. Dantes			
48	band. Dantes			
49	band. Dantes			
50	band. Dantes			

José H. Sussana Lameiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 1417

COND. DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Isidoro da Silva, 24 - Bairro Timbó - Camaragiba/PE - CEP 54765-130

FONE (81) 3129-2456

E-mail: vromos@redesim.com.br

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

1ª Via Branca - Faturamento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Rosa - Comércio

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 54935
DATA 21/07/2019 HORA 18:01
MÉDICO MOURIRE ARRUDA FELINTO

PRONTUÁRIO 29846
OPERADOR LCLEA

PACIENTE MIKAEL KELVY SILVA COSTA

IDADE 15a 2m

RESUMO CLÍNICO:

Vitima de acidente de trânsito

HISTÓRICO:

CID-10:

S82.0

S72.0

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Plano de tratamento

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Port B26.5 (Am) em no plano

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Ampliação de atitudes

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado ☒ Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

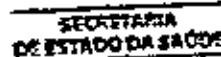
() Transferência para

PATOS/PB, 04 DE 08 DE 2019.

João H. S. S. L. L. L.
Ortopedista e Traumatologista
CRM 10.117

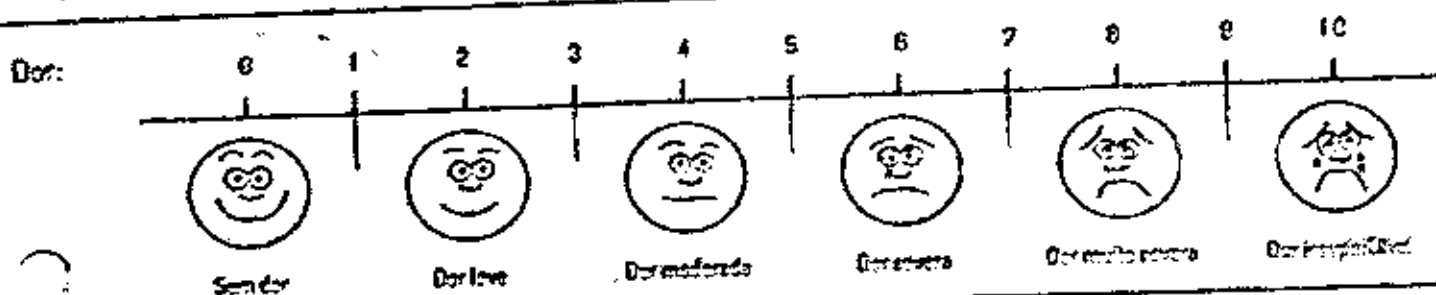
MÉDICO/CRM

1201



ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 21 / 07 / 19 Hora 14 h 00 Genêro M
 Nome/Nome Social Michael Kelvin da Silva Costa
 Origem União Pública Regulado? () Sim ☒ Não
 Queixa principal/História atual da doença/início dos sintomas _____ Encaminhado? () Sim ☒ Não
 Motivo do atendimento 007
 Urgente Pato
 Transporte SAMU
 Alergia? ☒ Não () Sim _____
 Uso de medicação? ☒ Não () Sim _____
 Doença prévia? ☒ Não () Sim _____
 Temp. _____ °C Pulso _____ bpm Resp. _____ lpm SpO₂ _____ % PA _____ mmHg HGT _____ mg/D



Classificação de Risco: () Vermelho () Amarelo ☒ Verde () Azul

Especialidade Médica Neurologia

Acompanhante: () S/ Acomp. (Setor Crítico) () S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autossuvidade)
 () Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 () Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

* Descrever tabela para preenchimento

Região de Saúde de João Pessoa
 Conselho Regional de Medicina
 CRM-PB 490-594

Enfermeiro(a) _____

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome Mikael Kelly Silva

Da Clínica _____

Enfermaria _____

13

A Clínica _____

Leito _____

04

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Risco cirúrgico

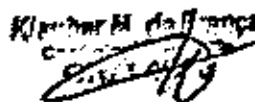
Data 29, 07, 19

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Paciente com queixas Cardiológicas
Nova Comorbidade ou doença medicamentosa.
PO = 120 x 80 mmHg
ECG = Taquicardia Sinusal
Risco Cirúrgico = Baixo Risco

Data 20, 07, 19


Assinatura do Médico Consultante

PACIENTE: Michael Kelvin Silva Costa				 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL 017 JARDIM CAMERINO	
QT.:	LEITO:	CONVÊNIO: SUS	IDADE: 15aa		
CIRURGIA: troca esquelética m. marb		CIRURGIÃO:		 GOVERNO DA PARAÍBA	
ANESTESIA: total		ANESTESISTA:			
INSTRUMENTADORA:		DATA: 21.07.19	HORA: 18:40	FIM: 18:50	

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ sorção sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	Y	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Seta		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
1	Neocain 31 Ugo		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal	Y	Atadura Gessada 10 cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sução
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Publcofina 0,5%		PVPi Tintura
	Dimorf	Y	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicadina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbotale 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	F.W. de Kirschner 4.5

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: H.R.P. Enfermeira: Data: 01/08/14

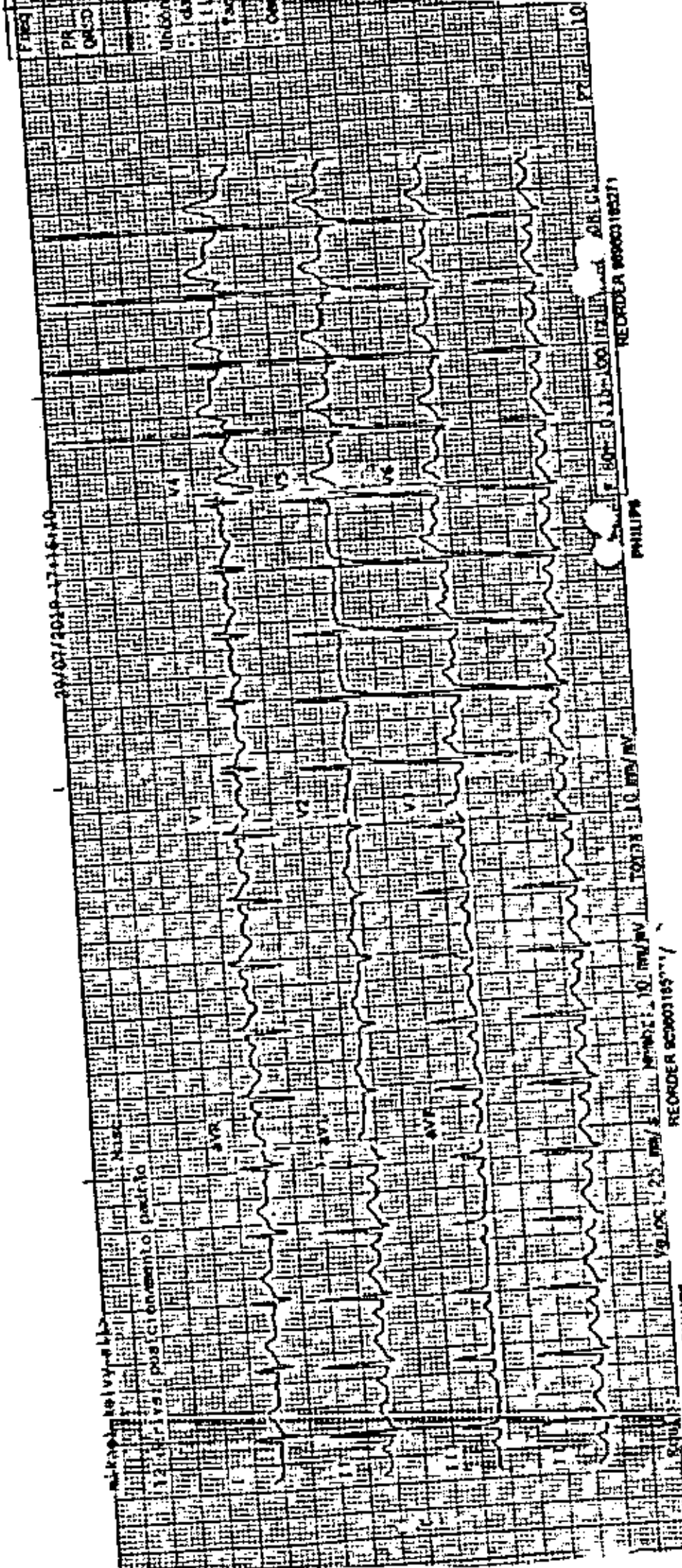
Nome: Michael Kelly Silva Costa Sexo: M Idade: 15 Peso: 75 kg Altura: 1,70 m Cor: P

Data Nascimento: Temperatura: 36,4 Tipo Sanguíneo: A Hematúria: Hemoglobina: Glicemia: Uréia: Outros:

Paralelo Respiratório: 03 Paralelo Circulatório: 04 Paralelo Digestivo: 05 Estado Mental: 06 Latex: 07 Alérgicos: 08 Corticoides: 09 Alergia: 10 Hipotensores: 11 Risco: 12

Diagnóstico Pré Operatório: Endereça para Estado Físico: Anestesia Anterior: Medicação Pré-Anestésica: Aplicada a: Efeito:

Sinais e Sinais	200	210	220	230	240	250	260	270	280	290	300	310	320	330	340	350	360	370	380	390	400	410	420	430	440	450	460	470	480	490	500	510	520	530	540	550	560	570	580	590	600	610	620	630	640	650	660	670	680	690	700	710	720	730	740	750	760	770	780	790	800	810	820	830	840	850	860	870	880	890	900	910	920	930	940	950	960	970	980	990	1000	1010	1020	1030	1040	1050	1060	1070	1080	1090	1100	1110	1120	1130	1140	1150	1160	1170	1180	1190	1200	1210	1220	1230	1240	1250	1260	1270	1280	1290	1300	1310	1320	1330	1340	1350	1360	1370	1380	1390	1400	1410	1420	1430	1440	1450	1460	1470	1480	1490	1500	1510	1520	1530	1540	1550	1560	1570	1580	1590	1600	1610	1620	1630	1640	1650	1660	1670	1680	1690	1700	1710	1720	1730	1740	1750	1760	1770	1780	1790	1800	1810	1820	1830	1840	1850	1860	1870	1880	1890	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2080	2090	2100	2110	2120	2130	2140	2150	2160	2170	2180	2190	2200	2210	2220	2230	2240	2250	2260	2270	2280	2290	2300	2310	2320	2330	2340	2350	2360	2370	2380	2390	2400	2410	2420	2430	2440	2450	2460	2470	2480	2490	2500	2510	2520	2530	2540	2550	2560	2570	2580	2590	2600	2610	2620	2630	2640	2650	2660	2670	2680	2690	2700	2710	2720	2730	2740	2750	2760	2770	2780	2790	2800	2810	2820	2830	2840	2850	2860	2870	2880	2890	2900	2910	2920	2930	2940	2950	2960	2970	2980	2990	3000	3010	3020	3030	3040	3050	3060	3070	3080	3090	3100	3110	3120	3130	3140	3150	3160	3170	3180	3190	3200	3210	3220	3230	3240	3250	3260	3270	3280	3290	3300	3310	3320	3330	3340	3350	3360	3370	3380	3390	3400	3410	3420	3430	3440	3450	3460	3470	3480	3490	3500	3510	3520	3530	3540	3550	3560	3570	3580	3590	3600	3610	3620	3630	3640	3650	3660	3670	3680	3690	3700	3710	3720	3730	3740	3750	3760	3770	3780	3790	3800	3810	3820	3830	3840	3850	3860	3870	3880	3890	3900	3910	3920	3930	3940	3950	3960	3970	3980	3990	4000	4010	4020	4030	4040	4050	4060	4070	4080	4090	4100	4110	4120	4130	4140	4150	4160	4170	4180	4190	4200	4210	4220	4230	4240	4250	4260	4270	4280	4290	4300	4310	4320	4330	4340	4350	4360	4370	4380	4390	4400	4410	4420	4430	4440	4450	4460	4470	4480	4490	4500	4510	4520	4530	4540	4550	4560	4570	4580	4590	4600	4610	4620	4630	4640	4650	4660	4670	4680	4690	4700	4710	4720	4730	4740	4750	4760	4770	4780	4790	4800	4810	4820	4830	4840	4850	4860	4870	4880	4890	4900	4910	4920	4930	4940	4950	4960	4970	4980	4990	5000	5010	5020	5030	5040	5050	5060	5070	5080	5090	5100	5110	5120	5130	5140	5150	5160	5170	5180	5190	5200	5210	5220	5230	5240	5250	5260	5270	5280	5290	5300	5310	5320	5330	5340	5350	5360	5370	5380	5390	5400	5410	5420	5430	5440	5450	5460	5470	5480	5490	5500	5510	5520	5530	5540	5550	5560	5570	5580	5590	5600	5610	5620	5630	5640	5650	5660	5670	5680	5690	5700	5710	5720	5730	5740	5750	5760	5770	5780	5790	5800	5810	5820	5830	5840	5850	5860	5870	5880	5890	5900	5910	5920	5930	5940	5950	5960	5970	5980	5990	6000	6010	6020	6030	6040	6050	6060	6070	6080	6090	6100	6110	6120	6130	6140	6150	6160	6170	6180	6190	6200	6210	6220	6230	6240	6250	6260	6270	6280	6290	6300	6310	6320	6330
-----------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------



20/07/2018 17:16:10

12-10-1993 posiccionamiento pedido

REORDER 8000318271

PHILIPS

10 mm/mv

10 mm/mv

10 mm/mv

10 mm/mv

REORDER 8000318577

PHILIPS

Nome do Paciente: <u>Michael Kelly Silva</u>		Nº Prontuário:	
Data da Cirurgia: <u>01.08.19</u>	Enf.:	Leito:	
Cirurgião: <u>Dr. José Nogueira</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. Nogueira</u>		
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:	
Anestesia:	Tipo de Anestesia:		
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura Lombosacral L5/S1 com fratura de corpo vertebral</u>			
Tipo de Cirurgia: <u>Subtotalização L5/S1 + Transforaminal com</u>			
<u>(E) L5/S1 + Transforaminal com</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>Ótimo</u>			
Relatório Imediato do Patologista: <u>na</u>			
Exame Radiológico no ato: <u>Ótimo</u>			
Acidente Durante a Cirurgia: <u>na</u>			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1. Paciente em Decúbito dorsal horizontal
2. Alívio da anestesia da região
3. Uso de equipamento de fixação da perna para redução de fratura transmembrana (E)
4. Controle da redução com radioscopia
5. Preparação e desinfecção
6. Colocação de compresão externa
7. Incisão e abertura por plano na região transmembrana (E)
8. Colocação de placa DHS + parafusos
9. Fechamento dos planos
10. Curativo
11. RX controle

João H. S. Nassima, M.D., Ph.D.
Ortopedia e Traumatologia
Cidade de São Paulo

RELATÓRIO DE CIRURGIA

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	54935	PRONTUÁRIO	29846
DATA	21/07/2019	HORA	18:01
OCCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	LCLEA
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PUBLICA		
MÉDICO	MOURIBE ARRUDA FELINTO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	MIKAEL KELVY SILVA COSTA	IDADE	15a 2m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA		
FILIAÇÃO II	LECIO ALVES DA COSTA		
CIDADE	PATOS PB 58701610		
ENDEREÇO	RUA SEMEAO GENTIL SN Q 105 L 55		
BARRIO	BIVAR OLINTO		
VERIFICAR LOCALIDADE	PATOS		
TELEFONE	83998572636	CELULAR	
C.N.S.	207913783350001	IDENTIDADE	
C.P.F.	158.740.574-12	REG. NAC.	
NASCIMENTO	25/05/2004	COR	PARDO
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	ESTUDANTE

RESPONSÁVEL MARIA DAS DORES EMILIANO Ass. Resp./Paciente Maria das Dores Emiliano

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

DOL = trauma m. ext. (5)

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

DOL = trauma

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

fx os femur (5)

CID

S72.8

DADOS DA SAÍDA

Data

04.08.19

Hora

12 H 00

Min

MOTIVO

() Alta Curado

(x) Alta Melhorado

() Alta a Pedido

() Transferência

() Evasão

() Óbito

MÉDICO/CRM

Dr. H. Siqueira Lemos
CRM-PB 7417

CARATER DO ATENDIMENTO

- CARATER DO ATENDIMENTO
- () 01-ELETIVO () 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVICOS REALIZADOS: CODIGO / PROCEDIMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO DATA: ____/____/_____ HORA: ____:____:_____

- () INTERNAÇÃO () ALTA A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO () ALTA MÉDICA
() TRANSFERÊNCIA _____

MEDICO/CRM _____

Equipe multidisciplinar

210310

10:52h

Impressum

For some as some more
of the same

Ans: TRANSFER OF 5/10/20/30/40/50/60/70/80/90/100/110/120/130/140/150/160/170/180/190/200/210/220/230/240/250/260/270/280/290/300/310/320/330/340/350/360/370/380/390/400/410/420/430/440/450/460/470/480/490/500/510/520/530/540/550/560/570/580/590/600/610/620/630/640/650/660/670/680/690/700/710/720/730/740/750/760/770/780/790/800/810/820/830/840/850/860/870/880/890/900/910/920/930/940/950/960/970/980/990/1000/1010/1020/1030/1040/1050/1060/1070/1080/1090/1100/1110/1120/1130/1140/1150/1160/1170/1180/1190/1200/1210/1220/1230/1240/1250/1260/1270/1280/1290/1300/1310/1320/1330/1340/1350/1360/1370/1380/1390/1400/1410/1420/1430/1440/1450/1460/1470/1480/1490/1500/1510/1520/1530/1540/1550/1560/1570/1580/1590/1600/1610/1620/1630/1640/1650/1660/1670/1680/1690/1700/1710/1720/1730/1740/1750/1760/1770/1780/1790/1800/1810/1820/1830/1840/1850/1860/1870/1880/1890/1900/1910/1920/1930/1940/1950/1960/1970/1980/1990/2000/2010/2020/2030/2040/2050/2060/2070/2080/2090/2100/2110/2120/2130/2140/2150/2160/2170/2180/2190/2200/2210/2220/2230/2240/2250/2260/2270/2280/2290/2300/2310/2320/2330/2340/2350/2360/2370/2380/2390/2400/2410/2420/2430/2440/2450/2460/2470/2480/2490/2500/2510/2520/2530/2540/2550/2560/2570/2580/2590/2600/2610/2620/2630/2640/2650/2660/2670/2680/2690/2700/2710/2720/2730/2740/2750/2760/2770/2780/2790/2800/2810/2820/2830/2840/2850/2860/2870/2880/2890/2900/2910/2920/2930/2940/2950/2960/2970/2980/2990/3000/3010/3020/3030/3040/3050/3060/3070/3080/3090/3100/3110/3120/3130/3140/3150/3160/3170/3180/3190/3200/3210/3220/3230/3240/3250/3260/3270/3280/3290/3300/3310/3320/3330/3340/3350/3360/3370/3380/3390/3400/3410/3420/3430/3440/3450/3460/3470/3480/3490/3500/3510/3520/3530/3540/3550/3560/3570/3580/3590/3600/3610/3620/3630/3640/3650/3660/3670/3680/3690/3700/3710/3720/3730/3740/3750/3760/3770/3780/3790/3800/3810/3820/3830/3840/3850/3860/3870/3880/3890/3900/3910/3920/3930/3940/3950/3960/3970/3980/3990/4000/4010/4020/4030/4040/4050/4060/4070/4080/4090/4100/4110/4120/4130/4140/4150/4160/4170/4180/4190/4200/4210/4220/4230/4240/4250/4260/4270/4280/4290/4300/4310/4320/4330/4340/4350/4360/4370/4380/4390/4400/4410/4420/4430/4440/4450/4460/4470/4480/4490/4500/4510/4520/4530/4540/4550/4560/4570/4580/4590/4600/4610/4620/4630/4640/4650/4660/4670/4680/4690/4700/4710/4720/4730/4740/4750/4760/4770/4780/4790/4800/4810/4820/4830/4840/4850/4860/4870/4880/4890/4900/4910/4920/4930/4940/4950/4960/4970/4980/4990/5000/5010/5020/5030/5040/5050/5060/5070/5080/5090/5100/5110/5120/5130/5140/5150/5160/5170/5180/5190/5200/5210/5220/5230/5240/5250/5260/5270/5280/5290/5300/5310/5320/5330/5340/5350/5360/5370/5380/5390/5400/5410/5420/5430/5440/5450/5460/5470/5480/5490/5500/5510/5520/5530/5540/5550/5560/5570/5580/5590/5600/5610/5620/5630/5640/5650/5660/5670/5680/5690/5700/5710/5720/5730/5740/5750/5760/5770/5780/5790/5800/5810/5820/5830/5840/5850/5860/5870/5880/5890/5900/5910/5920/5930/5940/5950/5960/5970/5980/5990/6000/6010/6020/6030/6040/6050/6060/6070/6080/6090/6100/6110/6120/6130/6140/6150/6160/6170/6180/6190/6200/6210/6220/6230/6240/6250/6260/6270/6280/6290/6300/6310/6320/6330/6340/6350/6360/6370/6380/6390/6400/6410/6420/6430/6440/6450/6460/6470/6480/6490/6500/6510/6520/6530/6540/6550/6560/6570/6580/6590/6600/6610/6620/6630/6640/6650/6660/6670/6680/6690/6700/6710/6720/6730/6740/6750/6760/6770/6780/6790/6800/6810/6820/6830/6840/6850/6860/6870/6880/6890/6900/6910/6920/6930/6940/6950/6960/6970/6980/6990/7000/7010/7020/7030/7040/7050/7060/7070/7080/7090/7100/7110/7120/7130/7140/7150/7160/7170/7180/7190/7200/7210/7220/7230/7240/7250/7260/7270/7280/7290/7300/7310/7320/7330/7340/7350/7360/7370/7380/7390/7400/7410/7420/7430/7440/7450/7460/7470/7480/7490/7500/7510/7520/7530/7540/7550/7560/7570/7580/7590/7600/7610/7620/7630/7640/7650/7660/7670/7680/7690/7700/7710/7720/7730/7740/7750/7760/7770/7780/7790/7800/7810/7820/7830/7840/7850/7860/7870/7880/7890/7900/7910/7920/7930/7940/7950/7960/7970/7980/7990/8000/8010/8020/8030/8040/8050/8060/8070/8080/8090/8100/8110/8120/8130/8140/8150/8160/8170/8180/8190/8200/8210/8220/8230/8240/8250/8260/8270/8280/8290/8300/8310/8320/8330/8340/8350/8360/8370/8380/8390

QD: As B.C. of Pakistan
BC 7.5
Landing on 170 ft

5. Source of the error

Series

[illegible]

PACIENTE: Michael Kelly Silva Costa

QT.: 10 cc LETO: 13 01 CONVENIO: SUS IDADE: 15 REGISTRO: 29246

QUIRURGIA: Inte. Cirurgico de fatura QUIRURGO: Dr. João

ANESTESIA: Rack ANESTESISTA: Dr. Victor

INSTRUMENTADORA: George DATA: 01.08.19 INICIO: 09:55 FIM: 11:50



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	111	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi <u>Nº 21</u>
X	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
X	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
X	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Haloteno		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	X	Esparrapado
	Etodimidade		Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovafina 0,5%	X	PVPi Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
1	<u>Forma Ondinectron</u>		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
11	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Thall		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	111	<u>nylon 2.0</u>

PRONT...: 29846 N°REQUIS.: 15953
PACIENTE: MIKAEL KELVY SILVA COSTA

EMISSION.: 30/07/2019
SEXO: M IDADE....: 15

GLICOSE JEJUM

Material.: SORO

Método....: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

NORMAL 70 A 100

ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125

SUGERE DIABETES > 126

RESULTADO..... 97 mg/dL


Lucas Araújo Silva
Biomédico
CRM 5021

Atendimento: 201900394526

Idade: 15 anos

Paciente: MIKAEL KELVY SILVA COSTA

Data: 27/07/2019

Data de Nascimento: 24/05/2004

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Ventrículos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas.
Sulcos, cissuras e cisternas encefálicas de amplitude habitual à faixa etária.
Quarto ventrículo anatômico.
Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame.
Calcificação da pineal e plexos coróides, sem significado patológico.

Impressão Diagnóstica:

Estudo tomográfico do crânio sem evidência de alterações.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

PRONT...: 29846 N°REQUIS.: 15405
PACIENTE: MIKAEL KELVY SILVA COSTA

EMIÇÃO.: 22/07/2019
SEXO: M IDADE....: 15

C.C 1201

COAGULOGRAMA

Material: SORO
Método...: AUTOMÁTICO

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:
T.P. Paciente.....: 16 seg.
T.P. Controle.....: 13 seg.
Atividade.....: 69,9 %
Valores de Referência: T. P. Paciente: 11,2 A 15,0 seg.
A. Enzimática: 70 a 100%.

INR

Resultado.....: 1,26
Valores de Referência:
sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2
uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:
T.T.P.A. Paciente.....: 41 seg.
T.T.P.A. Controle.....: seg.
Valores de Referência:
TAP Paciente.....: 26 a 36 seg.

Edmarcelo de Jesus A. Pereira
CRM 2.127.857-6
Biotecnólogo Patologista Clínico

cc

PRONT...: 29846

Nº REQUIS.: 15405

EMISSÃO.: 22/07/2019

PACIENTE: MIKAEL KELVY SILVA COSTA

SEXO: M

IDADE.....: 15

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE

NIBON KORDEN

VALOR DE REFERÊNCIA

Método...:

ERITOGRAMA

HEMÁCIAS.....: 4.190 milhões/mm³FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³MASCULINO 4,5 a 5,9 milhões/mm³

HEMOGLOBINA.....: 12.1 g/dL

FEMININO 12 a 16

MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO.....: 36.6 %

FEMININO 35 a 46

MASCULINO 41 a 53

VCM.....: 87,4 fL

NORMAL 80 a 100

CHCM.....: 28,9 pg

NORMAL 26 a 34

CHCM.....: 33,1 g/dL

NORMAL 31 a 55

RDW.....: 13.8 %

NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 9.600 /mm³

NORMAL 4.000 a 10.000

PROMIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0MIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0METAMIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0BASTONETES.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 5SEGMENTADOS.....: 79 % 7584 /mm³ NORMAL 35 a 65EOSINÓFILOS.....: 2 % 0192 /mm³ NORMAL 1 a 4BASÓFILOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 1LINFÓCITOS.....: 11 % 1056 /mm³ NORMAL 25 a 45MONÓCITOS.....: 8 % 0768 /mm³ NORMAL 2 a 8

NORMAL 0 a 0

NORMAL 0 a 0

NORMAL 0 a 0

NORMAL 0 a 9000

NORMAL 1800 a 8500

NORMAL 35 a 600

NORMAL 0 a 100

NORMAL 875 a 4500

NORMAL 70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 132.000 mL/mm³

NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....:

SÉRIE BRANCA.....:

SÉRIE PLAQUETÁRIA.....:

OUTRAS OBSERVAÇÕES



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 54935
DATA 21/07/2019 HORA 18:01
MÉDICO MOURIBE ARRUDA FELINTO

PRONTUÁRIO 29846
OPERADOR LCLEA

PACIENTE MIKAEL KELVY SILVA COSTA

IDADE 15a 2m

RESUMO CLÍNICO:

Vitimas de acidente de trânsito

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

fratura fêmur (E) S72.3

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Plas + Placoma (E)

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Post 326.5 (Am) com no pino

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (X) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB,

DE

DE 20

João H. Strassina Lauretti
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7417

MÉDICO/CRM



74481 KELVYN G. VACOSTA 124 Ma 2004

சென்னை மாவட்டம் திருச்சி வட்டம் திருச்சி வட்டம் திருச்சி வட்டம்

தேவன்மலை திருச்சி வட்டம் திருச்சி வட்டம் திருச்சி வட்டம்

தேவன்மலை திருச்சி வட்டம் திருச்சி வட்டம் திருச்சி வட்டம்

தேவன்மலை திருச்சி வட்டம் திருச்சி வட்டம் திருச்சி வட்டம்

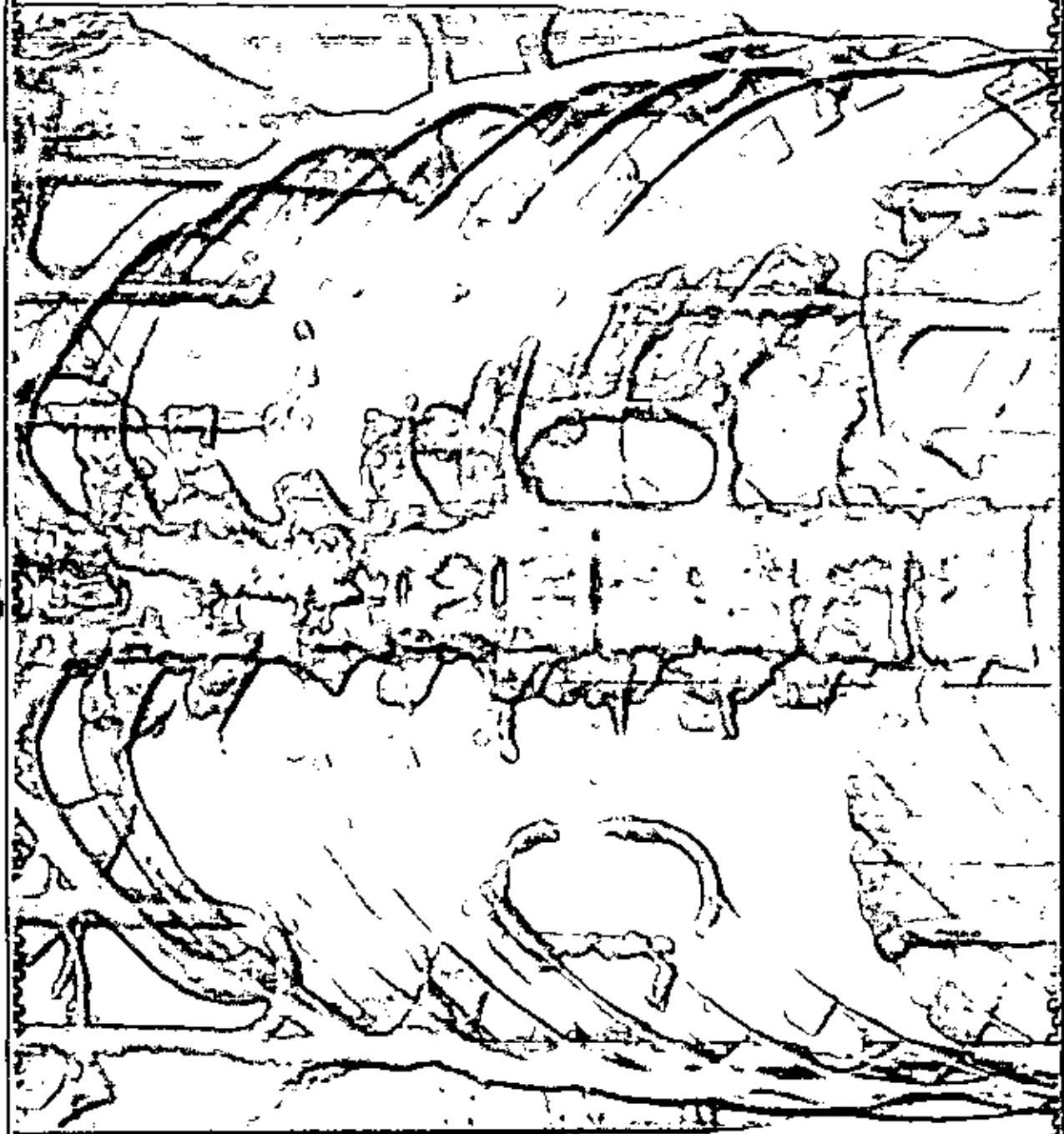


HOSPITAL Regional de Patos - RX

00000033076

630

630

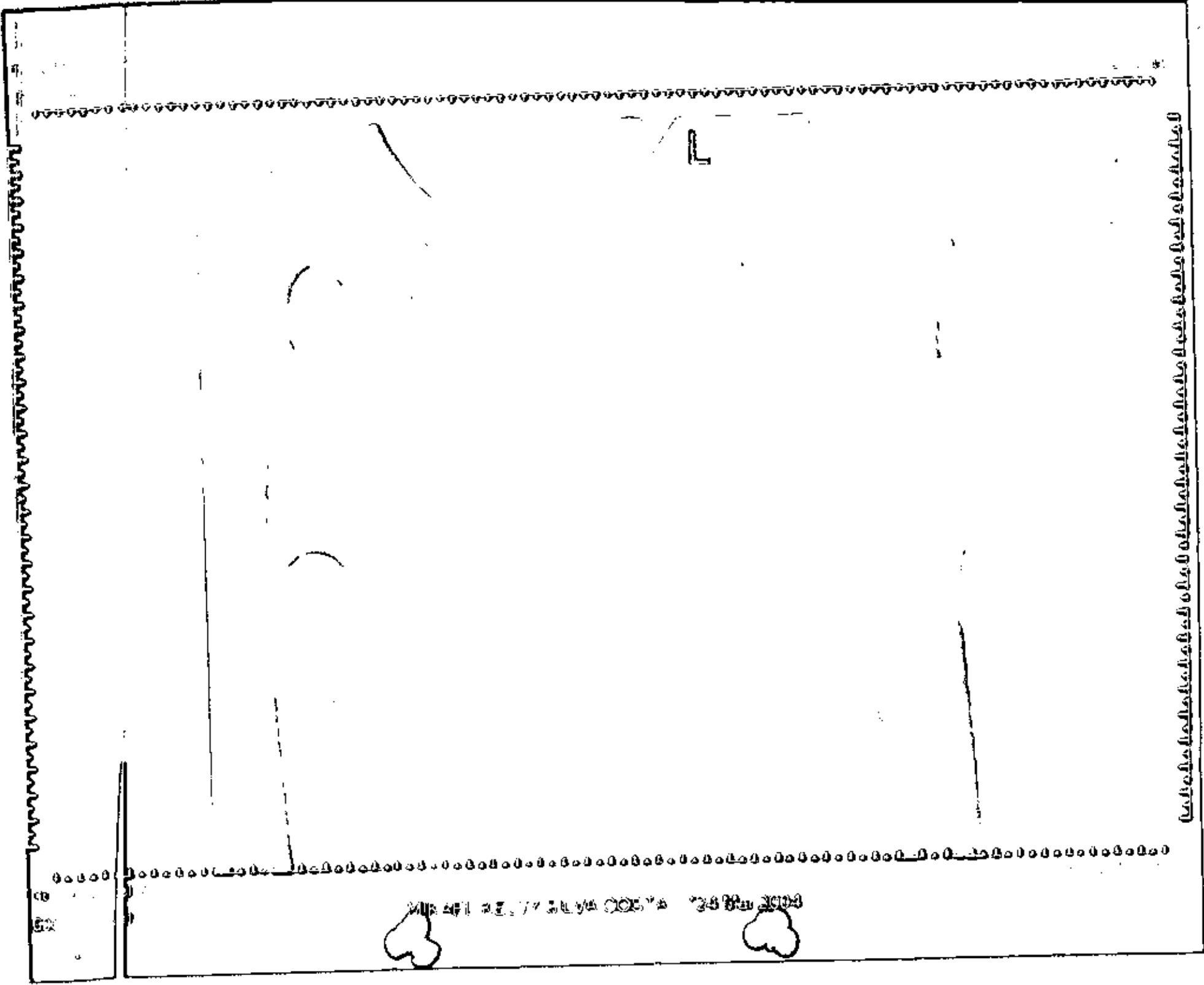


Cópia Grátis AP

000000023916

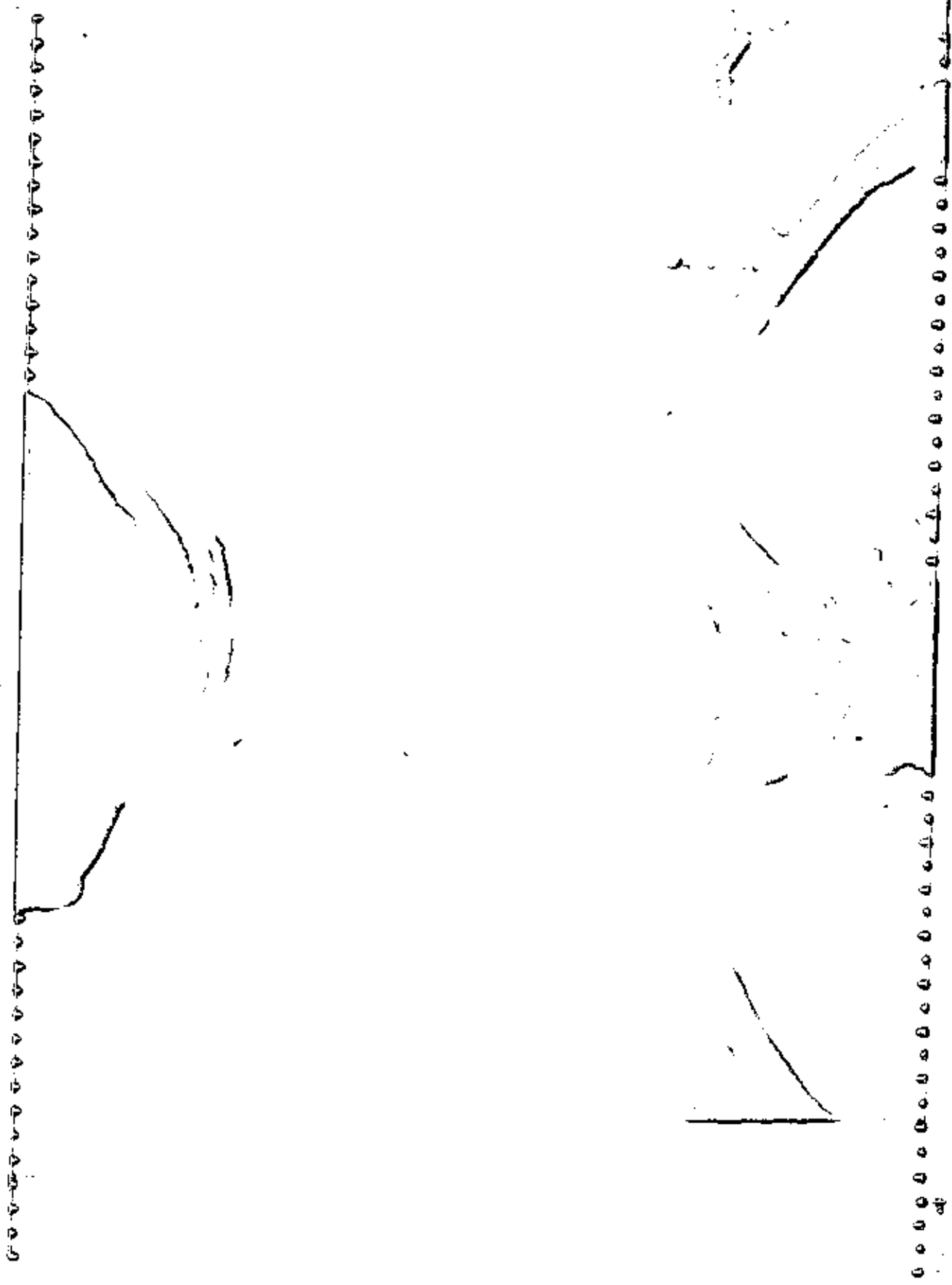
MIKAEL KELLY SILVA COSTA - 24/Mai/2004

01/05/2017 14:28



Page 1 of 1

6002 498 P.2. 71800 700 712 712 712 712



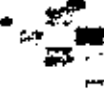
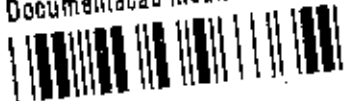


Nome: MIKAEL KELLY SILVA COSTA Data Nas: 25.05.2004

Hospital: Regional Hospital de Santo André - São Paulo

01.08.2019 16:39:03

52.4%

 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL UNIDADE DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO		 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		 SUS	
Nome do Paciente: <u>Michael Kelly Silva</u>						Nº Prontuário:	
Data da Cirurgia: <u>01.08.19</u>		Enf.:		Leito:			
Cirurgião: <u>Dr. Jess Soares</u>		1º Auxiliar: <u>A. Ueno</u>		2º Auxiliar:		3º Auxiliar:	
Anestesia:		Tipo de Anestesia:		Instrumentador:			
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura Lombos Sacra L4/5 (G)</u>							
Tipo de Cirurgia: <u>Subtotalização (G) + Transosteotomia</u>							
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>Osteose</u>							
Relatório Imediato do Patologista: <u>na</u>						Documentação médica - hospitalar 	
Exame Radiológico no ato: <u>OK</u>							
Acidente Durante a Cirurgia: <u>na</u>							

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1. Paciente em Decúbito dorsal horizontal
2. Realizado anestesia Raqui
3. Uso de equipamento de fixação da perna para redução de fratura transosteotômica (G).
4. Controle da redução com radioscopia
5. Posiciona e antissepsia
6. Colocação de comparsa estéril
7. Incisão e abertura por plano na região transosteotômica (G)
8. Colocação de placa DHS + parafusos
9. Fechamento dos planos
10. Curativo
11. RX controle

João H. Soares Filho
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM 10.7457

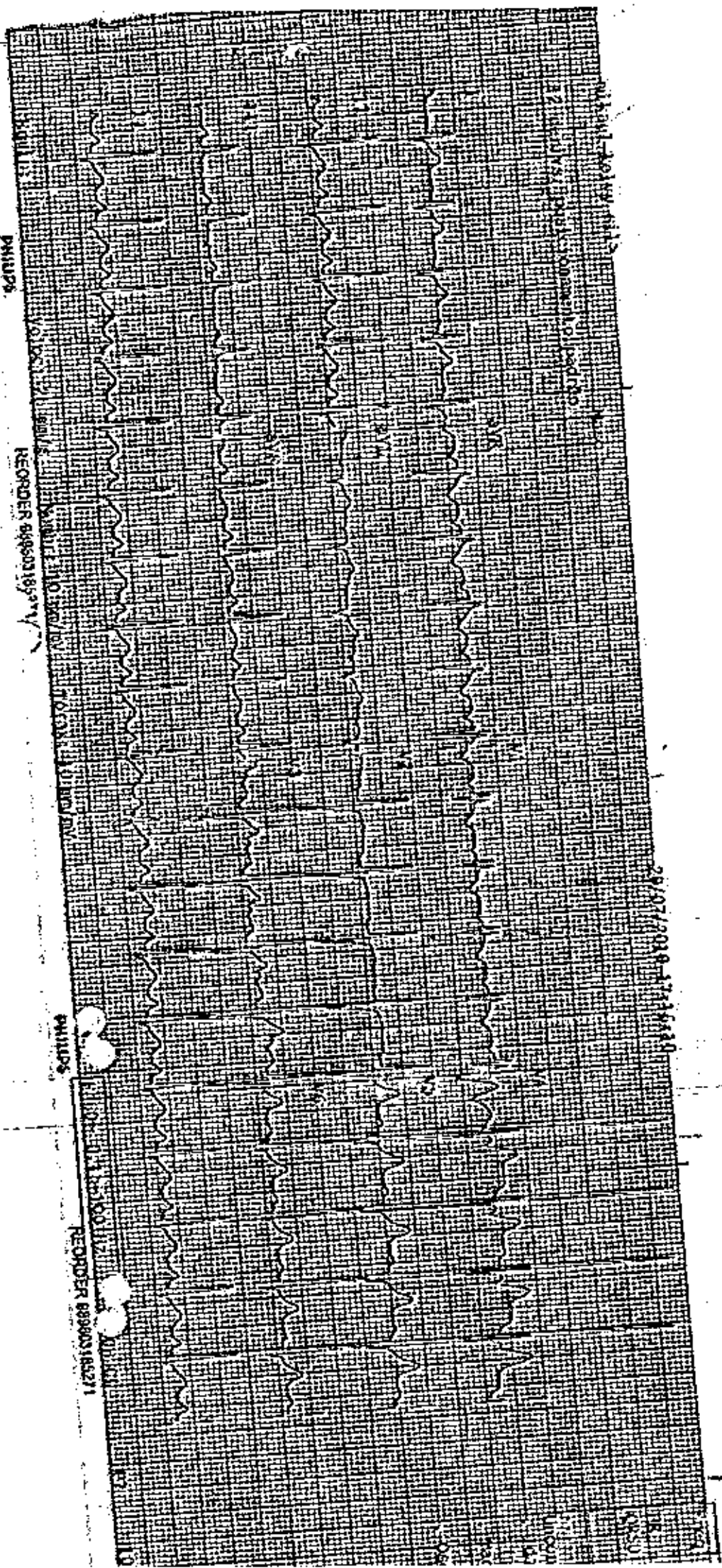
RELATÓRIO DE CIRURGIA

PHILIPS

REORDER 88060318977

PHILIPS

REORDER 88060318271



29/07/2008 13:44:40

PRONT....: 29846

NºREQUIS.: 15405

EMIÇÃO.: 22/07/2019

SEXO: M

IDADE.....: 15

PACIENTE: MIKAEL KELVY SILVA COSTA

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE

NIHON KOHLEN

VALOR DE REFERÊNCIA

Método...:

ERITOGRAMA

HEMÁCIAS.....: 4.190 milhões/mm³

FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
MASCULINO 4,5 a 5,9 milhões/mm³

HEMOGLOBINA.....: 12.1 g/dL

FEMININO 12 a 16
MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO.....: 36.6 %

FEMININO 35 a 46
MASCULINO 41 a 53

MCV.....: 87,4 fL

NORMAL 80 a 100

M.....: 28,9 pg

NORMAL 26 a 34

CHCM.....: 33,1 g/dL

NORMAL 31 a 35

RDW.....: 13,8 %

NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 9.600 /mm³

NORMAL 4.000 a 10.000

PROMIELOCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0

MIÉLOCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0

METAMIELOCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0

BASTONETES.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 5

SEGMENTADOS.....: 79 % 7584 /mm³ NORMAL 35 a 65

EOSINÓFILOS.....: 2 % 0192 /mm³ NORMAL 1 a 4

BASÓFILOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 1

LINFÓCITOS.....: 11 % 1056 /mm³ NORMAL 25 a 45

MONÓCITOS.....: 8 190 % 0768 /mm³ NORMAL 2 a 8

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS.....: 132.000 mil/mm³

NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....: 36,6

SÉRIE BRANCA.....:

SÉRIE PLAQUETÁRIA.....: 87,4

OUTRAS OBSERVAÇÕES

.....: 28,9

.....: 33,1

LEUCOGRAMA

.....: 9.600

.....: 87,4

.....: 28,9

.....: 33,1

.....: 36,6

.....: 87,4

.....: 28,9

.....: 33,1

.....: 36,6

.....: 87,4

.....: 28,9

.....: 33,1

.....: 36,6

.....: 87,4

.....: 28,9

.....: 33,1

.....: 36,6

.....: 87,4

.....: 28,9

.....: 33,1

.....: 36,6

PRONT...: 29846 N°REQUIS.: 15405
PACIENTE: MIKAEL KELVY SILVA COSTA

EMIÇÃO.: 22/07/2019
SEXO: M IDADE....: 15

C.C 1201

COAGULOGRAMA

Material: SORO
Método.: AUTOMATICO

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:
T.P. Paciente.....: 16 seg.
T.P. Controle.....: 13 seg.
Atividade.....: 69,9 %
Valores de Referência: T. P. Paciente: 11,2 A 15,0 seg.
A. Enzimática: 70 a 100%.

INR

Resultado.....: 1,26
Valores de Referência:
sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2
uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:
T.T.P.A. Paciente.....: 41 seg.
T.T.P.A. Controle.....: seg.
Valores de Referência:
TAP Paciente.....: 26 a 36 seg.

Martim Gledson S. A. Pereira
CRM 2 0028516
Biomédico Patologista Clínico

PRONT....: 29846 N°REQUIS.: 15953
PACIENTE: MIKAEL KELVY SILVA COSTA

EMIÇÃO.: 30/07/2019
SEXO: M IDADE.....: 15

GLICOSE JEJUM

Material.: SORO
Método....: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

NORMAL 70 A 100
ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125
SUGERE DIABETES > 126

RESULTADO..... 97 mg/dL

EXAMINADO POR: [illegible]
EXAMINADO EM: [illegible]

GLICOSE JEJUM

Material.: SORO
Método....: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

NORMAL 70 A 100
ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125
SUGERE DIABETES > 126

RESULTADO..... 97 mg/dL

Lucas Araújo Silva
Biomédico
CRBM 9027

Atendimento: 201900394526

Idade: 15 anos

Paciente: MIKAEL KELVY SILVA COSTA

Data: 27/07/2019

Data de Nascimento: 24/05/2004

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Ventrículos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas.
Sulcos, cissuras e cisternas encefálicas de amplitude habitual à faixa etária.
Quarto ventrículo anatômico.
Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame.
Calcificação da pineal e plexos coróides, sem significado patológico.

Impressão Diagnóstica:

Estudo tomográfico do crânio sem evidência de alterações.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(s) paciente(s).

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 54935
DATA 21/07/2019 HORA 18:01
MÉDICO RESPONSÁVEL DR. FELINTO

PRONTUÁRIO 29846
OPERADOR LCLEA

PACIENTE MARIA NÉCIA SILVA

RESUMO CLÍNICO:

Vitima de acidente de trânsito

HISTÓRICO:

CID-10:

Fratura fêmur (E) S72.8

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Redução e fixação (E)

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Paciente evoluiu bem no pós-operatório

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Atenção ao retorno

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (X) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO

() Transferência para

PATOS/PB, 04 DE 08 DE 2019.

João H. Salsinha Carneiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7417

MÉDICO/CRM

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: HCP Enfermaria: _____

Leito: _____ N° Prontuário _____ Data 01/08/19

NAME: Michael Kelley Silva Costa

Sexo: () Feminino ☒ Masculino Idade: 15 Peso: 75 kg Altura: 1,70 m Cor: P

Data Nascimento: ____/____/____ Pressão Arterial Pulso: 100 75 76 Respiração em mm

Temperatura: 36.4 Tipo Sanguíneo: A+ Hemáticas: 12.5 Hemoglobina: 14.5

Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____

parelho Respiratório: OK Asma: _____ Bronquite: _____

Aparelho Circulatório: OK Eletrocardiograma: _____

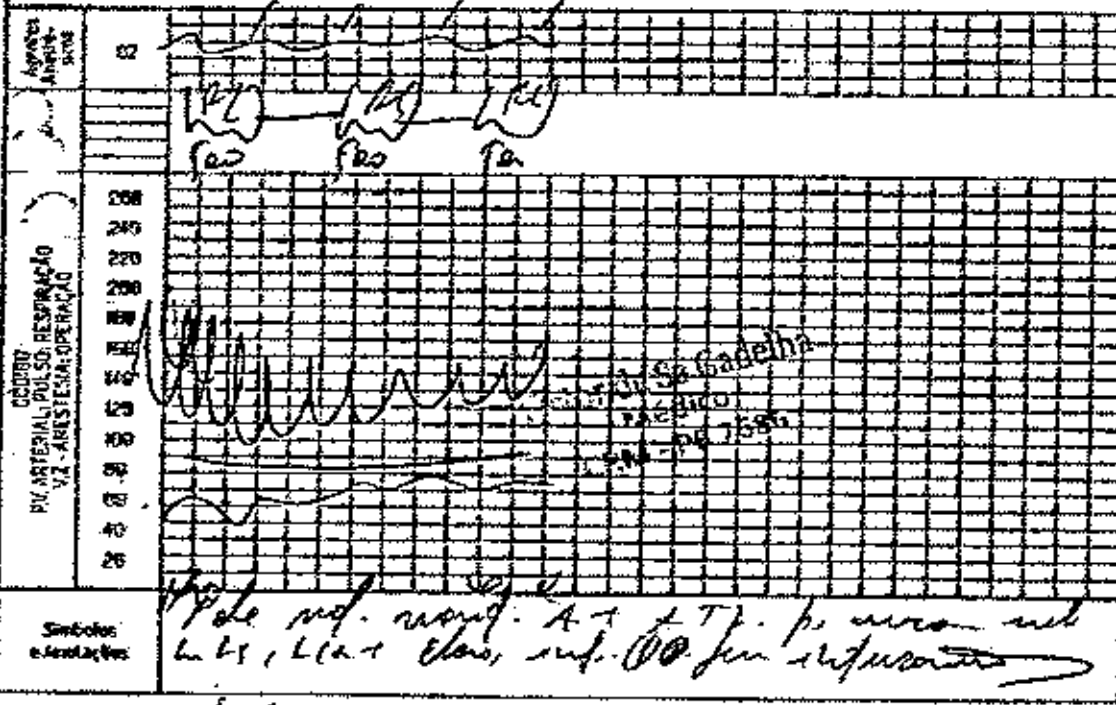
Aparelho Digestivo: _____ Dentes: _____ Peçoco: _____ Ap. Urinário: _____

Estado Mental: Lo Da Alérgicos: Corticoides: Alergia: Hipotensores:

Diagnóstico Pré Operatório: Estrutura óssea **Estado Físico:** _____ **Risco:** _____

Anestesia Anteriores: _____

Medicação Pré-Anestésica: _____ Aplicada às: _____ Efeito: _____



INDUÇÃO

Satisf _____ Excit _____ Tosse _____
Laringo Espasmo _____ Lenta _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros _____

MANUTENÇÃO
Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____
Não, porque? _____

DESPERTAR

Reflexos na SO _____

Obstr. _____ CO2 _____ Exat. _____

Náuseas _____ Vômitos _____

Outros _____

Com câmbio

para o leito sim _____ não _____

Posição inibida - DDH

Agentes: 1) Paulo Roberto - IT + 2) Luciano do Carmo

Técnica Passi Operação 9 and 10

Cirurgião: M. V. O. Anestesiologista: M. V. O.

Observações: _____

PACIENTE: Mikael Kelly Silva Costa

QT: CC LEITO: 1301 CONVÊNIO: SUS IDADE: 15 REGISTRO: 29246

QUIRURGIA: Tratamento cirúrgico de fístula QUIRURGIÃO: Dr. João

ANESTESIA: Rack ANESTESISTA: Dr. Victor

INSTRUMENTADORA: George DATA: 01.08.19 INÍCIO: 09:55 FIM: 11:50



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
x	TX. de instrumentador	1	Equipos p/ suor e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de infusão	111	Linha Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi <u>Nº 21</u>
x	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
x	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
x	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
x	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
x	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
x	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembital		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval	x	Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esparadrapo
	Etodimidade		Xilocaína Gel
	Ketalar	x	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	x	PVPI Tintura
	Dimorf	x	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
1	Amorfo <u>Amorfo</u>		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmiline		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
11	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
11	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Espartin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	111	<u>nylon 2.0</u>

PACIENTE: <u>Michael Kelver Silva Costa</u>					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DR. MANOEL CARNEIRO  GOVERNO DA PARAÍBA
QT.:	LEITO:	CONVENIO:	IDADE:	REGISTRO:	
		<u>SUS</u>	<u>15 anos</u>	<u>29846</u>	
CIRURGIA:		CIRURGIÃO:			
<u>Proced. esquelética</u>		<u>Dr. Marib</u>			
ANESTESIA:		ANESTESISTA:			
<u>Local</u>					
INSTRUMENTADORA:		DATA:	INÍCIO:	FIM:	
		<u>21.07.19</u>	<u>18:40</u>	<u>18:50</u>	

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ <u>soro</u> e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	Y	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
1	Neocain <u>5/1000</u>		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembital	Y	Atadura Gessada 10 cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esparrapado
	Etodimidata		Xilocaína Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVP Tintura
	Dimorf	Y	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	<u>F.W. de K. Schurmer 4.5</u>

Nome do Paciente: <u>Michael Kelly Silva</u>		Nº Prontuário:	
Data da Cirurgia: <u>01.08.19</u>	Enf.:	Leito:	
Cirurgião: <u>Dr. João Soares</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. Ueno</u>		
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:	
Anestesia:	Tipo de Anestesia:		
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>fract. Lombos L5/S1 Rota (C)</u>			
Tipo de Cirurgia: <u>Sub totalitomeia (C) + transforaminal (C)</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>Osteossíntese</u>			
Relatório Imediato do Patologista: <u>na</u>			
Exame Radiológico no ato: <u>OK</u>			
Acidente Durante a Cirurgia: <u>na</u>			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1. Paciente em Decúbito dorsal horizontal
2. Realizado anestesia Raqui
3. Uso de equipamentos de fixação da perna para redução da fratura transforaminal (C).
4. Controle da redução com radioscopia
5. Projeção e antiprojeção
6. Colocação de compres estirado
7. Incisão e abertura por plano na região transforaminal (C)
8. Colocação de placa ODS + parafusos
9. fechamento dos planos
10. Curativos
11. RX controle

João H. Suassuna Carneiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-67437

RELATÓRIO DE CIRURGIA

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	54935	PRONTUÁRIO	29846
DATA	21/07/2019	HORA	18:01
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	LCLEA
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PUBLICA		
MÉDICO	MOURIBE ARRUDA FELINTO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	MIKAEL KELVY SILVA COSTA	IDADE	15a 2m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA		
FILIAÇÃO II	LECIO ALVES DA COSTA		
CIDADE	PATOS PB 58701610		
ENDEREÇO	RUA SEMEAO GENTIL SN Q 105 L 55		
BAIRRO	BIVAR OLINTO		
VALIDADE	PATOS		
TELÉFONE	83998572636	CELULAR	
C.N.S.	207913783350001	IDENTIDADE	
C.P.F.	158.740.574-12	REG. NAC.	
MASCIMENTO	25/05/2004	COR	PARDO
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	ESTUDANTE

RESPONSÁVEL MARIA DAS DORES EMILIANO Ass. Resp./Paciente Maria das Dores Emiliano

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

DOL = trauma m. EXT. (5)

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

DOL = trauma

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO Ex. de fratura (5)

Mouribe Arruda Felinto
CRM-MED-40107-2003/PSS/MD
CRM-PB 75322 CRM-PE 21124

CID

572.8

DADOS DA SAÍDA

Data 04/08/19 Hora 12 H 00 Min

MOTIVO

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência (X) Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

João M. Siqueira Lacerda
CRM-PB 7417

CARATER DO ATENDIMENTO

() 01-ELETIVO () 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVIÇOS REALIZADOS: COTINGO / PROCEDEMENTO

1- | _____ 2- | _____ 3- | _____

() INTERNAÇÃO () ALTA A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO () ALTA MÉDICA

MÉDICO/CRM

2107	10
------	----

18:32h

#Omgood

For Start a new Museum
at CMA & Department

Ans: Transfer of S. B. Chavan

CO. As B.C. of PAKISTAN

47.5

5. Source of the error

DATA	THOR
------	------

[illegible]

Approved: April 3 Edition
 Gen. MED-41 0702 39755/MD

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNPJ 08.778.268.0023/76

CNES 2605473
NOME HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO RUA HORÁCIO MÓBREGA, 5/N
CIDADE PATOS UF PB

CLASSIF. RISCO VERDE
ORIGEM VIA PUBLICA
PACIENTE MIRAEEL KELVY SILVA COSTA

NOME SOCIAL MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA
FILIAÇÃO I 25/04/2004
NASCIMENTO ESTUDANTE
PROFISSÃO RUA SENEAD GENTIL
ENDEREÇO PATOS
CIDADE (83)9985-7263
TELEFONE 207913703350001 R.G.
CNS
ESTADO CIVIL SOLTEIRO

NºSN
U.F. PB

FILIAÇÃO II
IDADE

LECIO ALVES DA COSTA
15a 2a COR PARDO

GÊNERO M

BARRIO
CEP
CELULAR

BIVAR OLINTO
58701610

REG. NASC.

F.A.A. 54925
MOTIVO ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA
21/07/2019 Horário: 17:02
LATER 02 -URGENCIA
PROCEDIMENTO 000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO
CONVÊNIO SUS AMBULATORIO
TRANSPORTE SAMU
PRESTADOR FRANCISCA SONALLY MELO DOS SANTOS

PRONTUÁRIO 29846

OPERADOR HCARMO
TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGENCI

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Maria das Dores Emiliano da Silva

PESO= PA= X

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

queixa de dor abdominal em alívio
fratura femur

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER
min

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CEO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADZAMENTO PELO SISTEMA THM

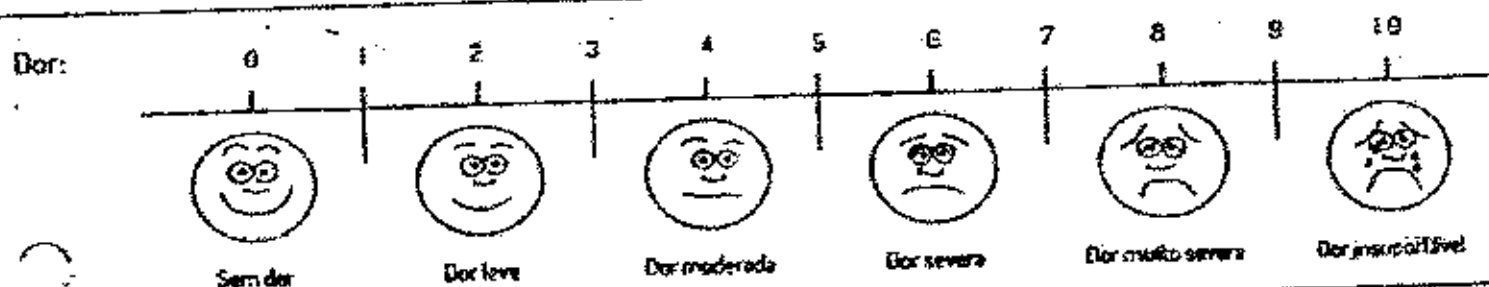
0301060061 0301010079

1201



ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 21 / 07 / 19 Hora 14 h 00 Genêro M
 Nome/Nome Social Michael Kelvin da Silva Costa
 Origem* Uso Público Regulado? () Sim (x) Não
 Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas _____ Encaminhado? () Sim (x) Não
 Motivo do atendimento* 007
 Oriente Patos
 Transporte SAMU
 Alergia? (x) Não () Sim
 Uso de medicação? (x) Não () Sim
 Doença prévia? (x) Não () Sim
 Temp. _____ °C Pulso _____ bpm Resp. _____ lpm SpO₂ _____ % PA _____ mmHg HGT _____ mg/D



Classificação de Risco: () Vermelho () Amarelo (x) Verde () Azul

Especialidade Médica Emergência

Acompanhante: () S/ Acomp. (Setor Crítico) () S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)
 () Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 () Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

* Consultar Labela para preencher

Registro de Marcelo de Araújo
 Enfermeiro
 COREN/PB 490-594

Enfermeiro/Carimbo

2008-09-01

100%

تاریخ

Cervical AP

00000023915

MIKAEL KELVY SILVA COSTA, 24/Mai/2004

21JUL2019 17:40

MI 31 T 733 II

Hospital Regional de Patos - RX

0000002385872

60 %

EL 885



Coluna Cervical, AP
000000023915

MIKAEL KELVY SILVA COSTA, 24/Mai/2004

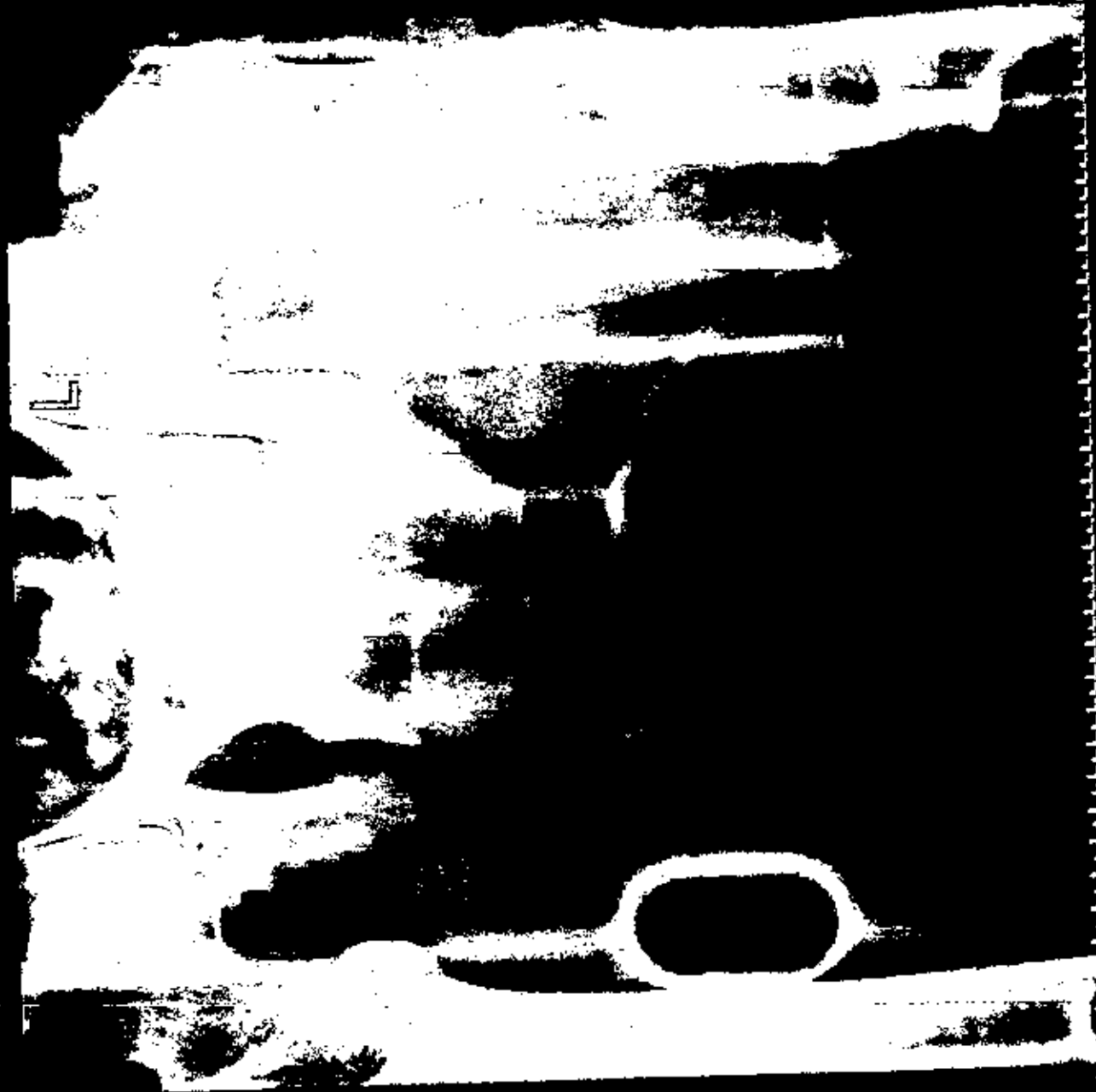
21/Jul/2019 17:11:19

Hospital Regional de Patos RX

00000385900

EL 3.14M

60%



Coluna Cerv AP

0000000023

MIKAEL KELVY SILVA COSTA, 24/11/2004

21/09/2019 17:12:32

07-06-2018 10:29 AM

100

Column: Enviro 1000

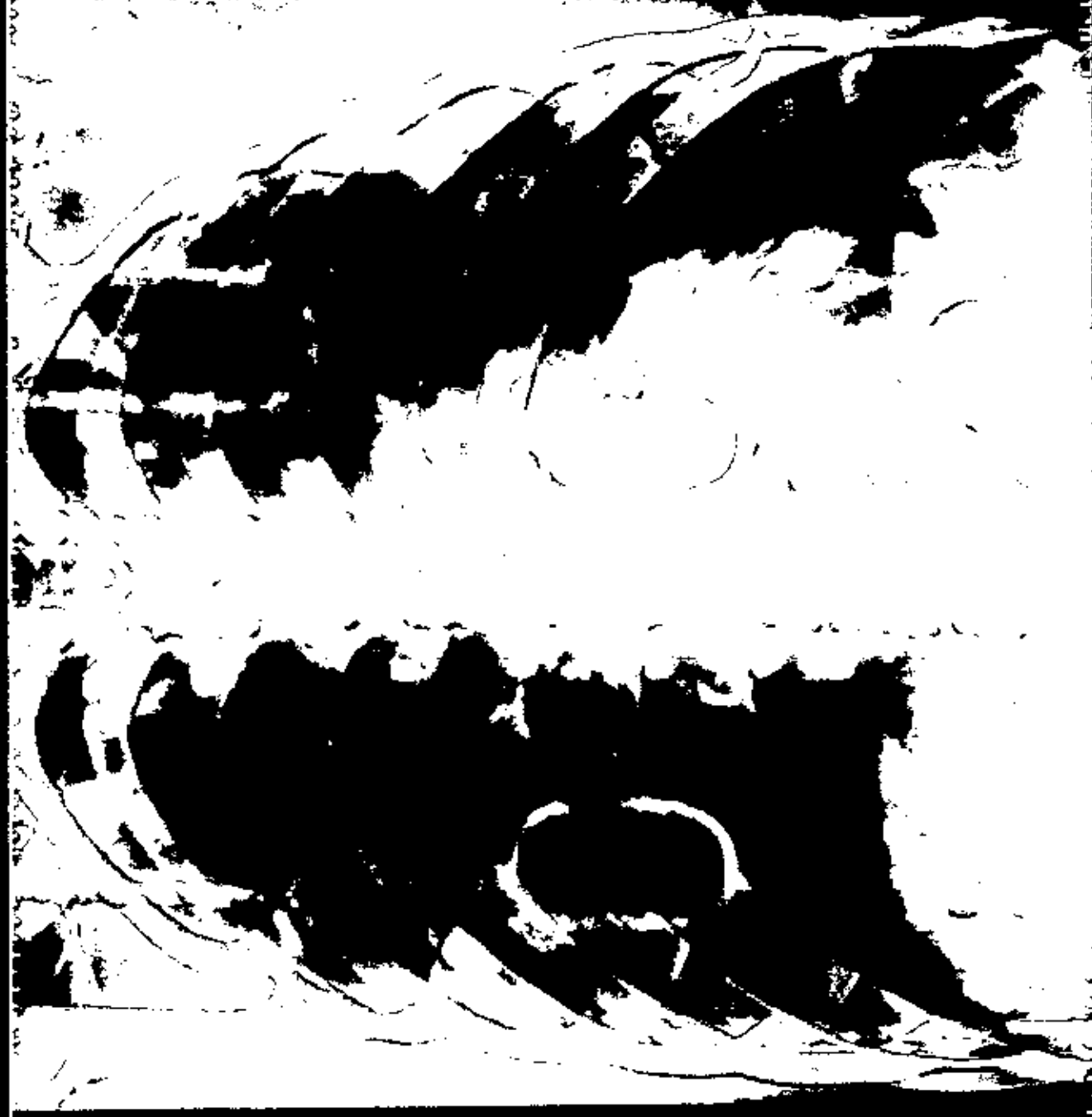
D06000G07389

MIKAEL KELVY SILVA COSTA, 24/Mai/2004

2. *Phragmites* (Common Reed)

XXI. *Scaphiophylax* sp. n. (Fig. 10)

1. 4
2. 5
3. 6
4. 7
5. 8
6. 9
7. 10
8. 11
9. 12
10. 13
11. 14
12. 15
13. 16
14. 17
15. 18
16. 19
17. 20
18. 21
19. 22
20. 23
21. 24
22. 25
23. 26
24. 27
25. 28
26. 29
27. 30
28. 31
29. 32
30. 33
31. 34
32. 35
33. 36
34. 37
35. 38
36. 39
37. 40
38. 41
39. 42
40. 43
41. 44
42. 45
43. 46
44. 47
45. 48
46. 49
47. 50
48. 51
49. 52
50. 53
51. 54
52. 55
53. 56
54. 57
55. 58
56. 59
57. 60
58. 61
59. 62
60. 63
61. 64
62. 65
63. 66
64. 67
65. 68
66. 69
67. 70
68. 71
69. 72
70. 73
71. 74
72. 75
73. 76
74. 77
75. 78
76. 79
77. 80
78. 81
79. 82
80. 83
81. 84
82. 85
83. 86
84. 87
85. 88
86. 89
87. 90
88. 91
89. 92
90. 93
91. 94
92. 95
93. 96
94. 97
95. 98
96. 99
97. 100
98. 101
99. 102
100. 103
101. 104
102. 105
103. 106
104. 107
105. 108
106. 109
107. 110
108. 111
109. 112
110. 113
111. 114
112. 115
113. 116
114. 117
115. 118
116. 119
117. 120
118. 121
119. 122
120. 123
121. 124
122. 125
123. 126
124. 127
125. 128
126. 129
127. 130
128. 131
129. 132
130. 133
131. 134
132. 135
133. 136
134. 137
135. 138
136. 139
137. 140
138. 141
139. 142
140. 143
141. 144
142. 145
143. 146
144. 147
145. 148
146. 149
147. 150
148. 151
149. 152
150. 153
151. 154
152. 155
153. 156
154. 157
155. 158
156. 159
157. 160
158. 161
159. 162
160. 163
161. 164
162. 165
163. 166
164. 167
165. 168
166. 169
167. 170
168. 171
169. 172
170. 173
171. 174
172. 175
173. 176
174. 177
175. 178
176. 179
177. 180
178. 181
179. 182
180. 183
181. 184
182. 185
183. 186
184. 187
185. 188
186. 189
187. 190
188. 191
189. 192
190. 193
191. 194
192. 195
193. 196
194. 197
195. 198
196. 199
197. 200
198. 201
199. 202
200. 203
201. 204
202. 205
203. 206
204. 207
205. 208
206. 209
207. 210
208. 211
209. 212
210. 213
211. 214
212. 215
213. 216
214. 217
215. 218
216. 219
217. 220
218. 221
219. 222
220. 223
221. 224
222. 225
223. 226
224. 227
225. 228
226. 229
227. 230
228. 231
229. 232
230. 233
231. 234
232. 235
233. 236
234. 237
235. 238
236. 239
237. 240
238. 241
239. 242
240. 243
241. 244
242. 245
243. 246
244. 247
245. 248
246. 249
247. 250
248. 251
249. 252
250. 253
251. 254
252. 255
253. 256
254. 257
255. 258
256. 259
257. 260
258. 261
259. 262
260. 263
261. 264
262. 265
263. 266
264. 267
265. 268
266. 269
267. 270
268. 271
269. 272
270. 273
271. 274
272. 275
273. 276
274. 277
275. 278
276. 279
277. 280
278. 281
279. 282
280. 283
281. 284
282. 285
283. 286
284. 287
285. 288
286. 289
287. 290
288. 291
289. 292
290. 293
291. 294
292. 295
293. 296
294. 297
295. 298
296. 299
297. 300
298. 301
299. 302
300. 303
301. 304
302. 305
303. 306
304. 307
305. 308
306. 309
307. 310
308. 311
309. 312
310. 313
311. 314
312. 315
313. 316
314. 317
315. 318
316. 319
317. 320
318. 321
319. 322
320. 323
321. 324
322. 325
323. 326
324. 327
325. 328
326. 329
327. 330
328. 331
329. 332
330. 333
331. 334
332. 335
333. 336
334. 337
335. 338
336. 339
337. 340
338. 341
339. 342
340. 343
341. 344
342. 345
343. 346
344. 347
345. 348
346. 349
347. 350
348. 351
349. 352
350. 353
351. 354
352. 355
353. 356
354. 357
355. 358
356. 359
357. 360
358. 361
359. 362
360. 363
361. 364
362. 365
363. 366
364. 367
365. 368
366. 369
367. 370
368. 371
369. 372
370. 373
371. 374
372. 375
373. 376
374. 377
375. 378
376. 379
377. 380
378. 381
379. 382
380. 383
381. 384
382. 385
383. 386
384. 387
385. 388
386. 389
387. 390
388. 391
389. 392
390. 393
391. 394
392. 395
393. 396
394. 397
395. 398
396. 399
397. 400
398. 401
399. 402
400. 403
401. 404
402. 405
403. 406
404. 407
405. 408
406. 409
407. 410
408. 411
409. 412
410. 413
411. 414
412. 415
413. 416
414. 417
415. 418
416. 419
417. 420
418. 421
419. 422
420. 423
421. 424
422. 425
423. 426
424. 427
425. 428
426. 429
427. 430
428. 431
429. 432
430. 433
431.

[illegible]

9,562,000,000

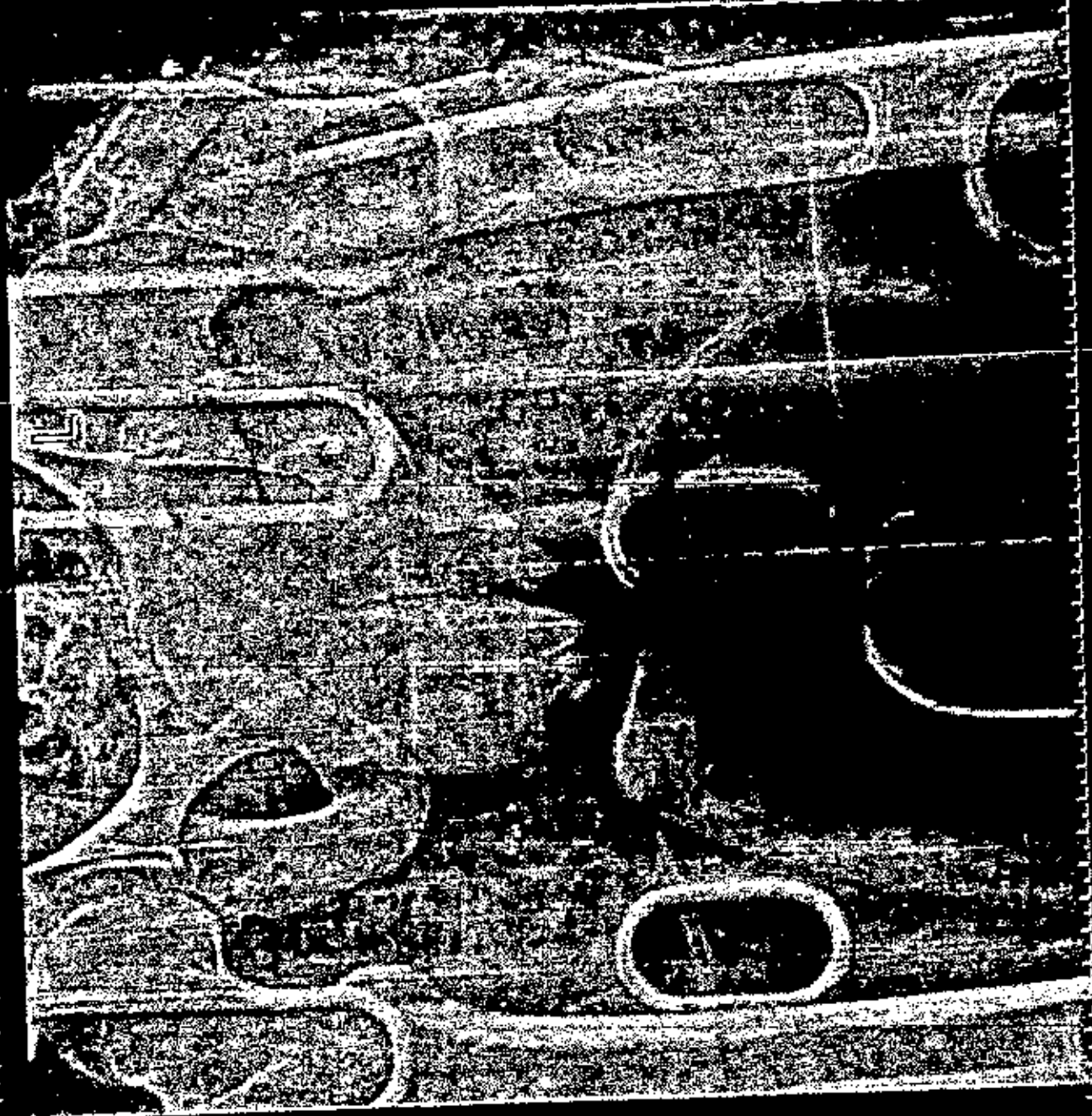
MIKAEL KELVY SILVA COSTA, 24.Mai.2004

Hospital Regional de Patos - RX

00000035872

30 34

EL 5 1140



Canica Cervical AP

00000002315

MIKAEL KELVY SILVA COSTA, *24/Mai/2004

21/05/2019 17:13:33

— 225 —

306291 610280 10

NOTES: 1. THE FOLLOWING INFORMATION IS FOR INFORMATIONAL PURPOSES ONLY. IT IS NOT TO BE USED FOR ANY OTHER PURPOSE.

MIKAEL KELLY SILVA COSTA, 25/Mai/2004

000000024678

Bacia, Santa

31/Mai/2019 15:47:29



Hospital Regional de Patos - RX

00000401770

73 %

El 5/1315

Hospita Regional de Pinar - RX
070000365075

Colm Central AP
000000023915



MIKAEL KELVY SILVA COSTA, 24/Mai/2004

20040524 14:03

EL 32

1. The first part of the report is a general introduction to the subject.

2. The second part is a detailed description of the methods used.

3. The third part is a discussion of the results.

4. The fourth part is a conclusion.

5. The fifth part is a list of references.

6. The sixth part is a list of figures.

7. The seventh part is a list of tables.

8. The eighth part is a list of appendices.

9. The ninth part is a list of footnotes.

10. The tenth part is a list of errata.

000040-02

Total \$1,502,846.00

$\therefore \angle B = 90^\circ$



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPP

Número
158.740.574-12

Nome
MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Nascimento
24/05/2004

Documentos de Identificação



CÓDIGO DE CONTROLE

AEDA.F2F7.E746.B760



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 13:31:17 de dia 20/09/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-239

Maria das Dores Emiliano da Silva

ANEXO DA DO JEMAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE




Ministério da Fazenda
Receita Federal

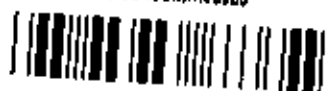
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
158.740.574-12

Nome
MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Nascimento
24/05/2004

Documentos de Identificação



CÓDIGO DE CONTROLE
AEDA.F2F7.E746.B760



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
As 13:31:17 do dia 20/09/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.535.966 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 21/09/2018

NOME
MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

FILIAÇÃO
**MANOEL EMILIANO DA SILVA
MARIA SALETE GUILHERME DA SILVA**

NATURALIDADE
PIANCÓ-PB

DATA DE NASCIMENTO
05/10/1982

DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº 6383 - LIVA-7 - FLS. 100V - CARTÓRIO OLHO D'ÁGUA-PB

CPF
068.347.414-61

Assinatura: *Maria das Dores Emiliano da Silva*

LEI Nº 13.964 DE 29/08/2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS TRANSPORTES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

CARTEIRA NACIONAL DE TRANSPORTES

NOME
MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

DOC. IDENTIFICAÇÃO / CATEGORIA DE VEÍCULO
2555966 REP PB

CPF
068.347.414-61 DATA DE NASCIMENTO
05/10/1982

FILIAÇÃO
**MANOEL EMILIANO DA SILVA
MARIA SALETE GUILHERME DA SILVA**

PROFISSÃO
PROFISSIONAL

DOC. IDENTIFICAÇÃO
06043812711

VALIDADEZ
04/09/2023

1ª EMISSÃO
07/04/2014

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1660740510

Assinatura: *Maria das Dores Emiliano da Silva*

LOCAL
PATOS, PB

DATA DE EMISSÃO
14/09/2018

42007163216
PB037435906

PROIBIDO PLASTIFICAR

1660740510

PARAIBA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190646097**

Nome do(a) Examinado(a): **MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Semeão Gentil, sn - Bivar Olinto - Patos - PB - CEP 58701-610

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **4802788**

Data e local do acidente: [**21/07/2019**] **PATOS PB**

Data e local do exame: [**17/01/2020**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA SUBTROCANTERIANA EM FÊMUR PROXIMAL ESQUERDO

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

AO EXAME DO QUADRIL ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 40°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA GRAU II, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA GLÚTEA ESQUERDA, CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE LATERAL DA COXA DE 25 CM, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 2,5 CM, DEAMBULA COM DIFICULDADE, AFIRMA DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA E REALIZAR AGACHAMENTO.

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

[**X**] Sim [] Não

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

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 21/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA EM FÊMUR PROXIMAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA TIBIAL PARA CONTROLE DE DANOS POR 12 DIAS. NO DIA 01/08/2019 FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA DCP 95° MAIS 6 PARAFUSOS CORTICAIS E PINO DESLIZANTE, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

[**X**] Sim [] Não

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

DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 40° DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 20° DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 30° DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA GRAU II ATROFIA DA MUSCULATURA GLÚTEA ESQUERDA CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE LATERAL DA COXA DE 25 CM ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 2,5 CM DEAMBULA COM DIFICULDADE DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA E REALIZAR AGACHAMENTO.

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando

a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

QUADRIL ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190646097 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA **Data do acidente:** 21/07/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTERIANA EM FÊMUR PROXIMAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO QUADRIL ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 40°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA GRAU II, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA GLÚTEA ESQUERDA, CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE LATERAL DA COXA DE 25 CM, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 2,5 CM, DEAMBULA COM DIFICULDADE, AFIRMA DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA E REALIZAR AGACHAMENTO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 21/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA EM FÊMUR PROXIMAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA TIBIAL PARA CONTROLE DE DANOS POR 12 DIAS. NO DIA 01/08/2019 FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA DCP 95° MAIS 6 PARAFUSOS CORTICAIS E PINO DESLIZANTE, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do quadril esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/01/2020

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406223/19

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

CPF: 158.740.574-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2019

Titular do CPF: MIKAEL KELVY SILVA DA
COSTA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA : 068.347.414-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/11/2019
Nome: MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA
CPF: 068.347.414-61

MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MICHAEL KELLY SILVA DA COSTA
 DATA DO ACIDENTE 21/04/2019 CPF DA VÍTIMA 158.740.574-12
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARIA DOS DORIS EMILIANO DA SILVA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É MÃE
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Sane e gentil, S/Nº Q. 105. L-55
 Nº S/Nº COMPLEMENTO curva BAIRRO BIVIAN OLINTO
 CIDADE PARAIBA UF PB CEP 58701-610
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 9.9857.2636

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA PARA P.S. B. 11/11/2019
 IDENTIDADE 2.575.966-98 PB
 ASSINATURA MARIA DOS DORIS EMILIANO DA SILVA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 11.11.2019 MATR. CORREIOS 8.448.086.0
 NOME CARLA PATRÍCIA LOPES MONTEIRO
 ASSINATURA [Assinatura]

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406223/19

Número do Sinistro: 3190646097

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

CPF: 158.740.574-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2019

Titular do CPF: MIKAEL KELVY SILVA DA
COSTA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

Outros



ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/12/2019
Nome: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA
CPF: 158.740.574-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Elen Tais Alves Pereira

COBERTURA SOLICITADA

- ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA
Data do Acidente: _____ Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 158740574-12

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☒ Não - original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 158.740.574-12
E-mail: MIKAEL Tel.: 18319.9857 2636
Data: 28/11/2019 Assinatura: Maria das Dores Emiliano da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):
Atendente: [Assinatura] Matrícula:
Data: Assinatura:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406223/19

Número do Sinistro: 3190646097

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

CPF: 158.740.574-12

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 21/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MIKAEL KELVY SILVA DA
COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Outros

Outros



ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/02/2020
Nome: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA
CPF: 158.740.574-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2020
Nome: Bruno Leonardo do Rosário Flores
CPF: 057.215.377-52

MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Bruno Leonardo do Rosário Flores



Rachel Adalia Guedes Da Rocha Andrade <rachelefael93@gmail.com>

Fwd: Atendimento Seguradora Líder-DPVAT

1 mensagem

Maria Emiliano <mariaemiliano7961@gmail.com>

7 de fevereiro de 2020 14:39

Para: rachelefael93@gmail.com

----- Forwarded message -----

De: <faleconosco@seguradoralider.com.br>

Date: seg, 3 de fev de 2020 10:27

Subject: Atendimento Seguradora Líder-DPVAT

To: <m.ariaemiliano7961@gmail.com>

Prezada Senhora Maria das Dores,

Em resposta à reclamação registrada em nosso atendimento, protocolo 44493001, beneficiário/reclamante MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA, informamos que a cobertura de invalidez permanente é avaliada de acordo com a documentação apresentada pela vítima. Caso não concorde com o valor recebido, apresente nova documentação médica que indique agravamento da lesão inicialmente avaliada ou de outras que não foram avaliadas e solicite a reanálise do processo.

Em caso de dúvidas, entre em contato com nossa Central de Atendimento nos telefones 4020-1596 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (outras regiões), de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

<https://www.seguradoralider.com.br/>Leia nossa **News** e nosso **Blog**. Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.**Facebook | Twitter | LinkedIn | Instagram | Youtube**

José Leite Primo
Fone: 8.477.144-5

ortopedia e traumatologia

PEDIDO DE VENDAS

Materiais Médico Hospitalar EIRELI

Nº

NF Nº

Prontuário

Hospital

Vendedor

Paciente

Data

Médico

Instrumentador

Convênio

Procedimento

QUANT.	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	COD	V. UNIT.	V. TOTAL
01	Placa t.H. 6.000	0702030813		
02	Placa t.H. 6.000			
03	Placa t.H. 6.000			
04	Placa t.H. 6.000			
05	Placa t.H. 6.000			
06	Placa t.H. 6.000			
07	Placa t.H. 6.000			
08	Placa t.H. 6.000			
09	Placa t.H. 6.000			
10	Placa t.H. 6.000			
11	Placa t.H. 6.000			
12	Placa t.H. 6.000			
13	Placa t.H. 6.000			
14	Placa t.H. 6.000			
15	Placa t.H. 6.000			
16	Placa t.H. 6.000			
17	Placa t.H. 6.000			
18	Placa t.H. 6.000			
19	Placa t.H. 6.000			
20	Placa t.H. 6.000			
21	Placa t.H. 6.000			
22	Placa t.H. 6.000			
23	Placa t.H. 6.000			
24	Placa t.H. 6.000			
25	Placa t.H. 6.000			
26	Placa t.H. 6.000			
27	Placa t.H. 6.000			
28	Placa t.H. 6.000			
29	Placa t.H. 6.000			
30	Placa t.H. 6.000			
31	Placa t.H. 6.000			
32	Placa t.H. 6.000			
33	Placa t.H. 6.000			
34	Placa t.H. 6.000			
35	Placa t.H. 6.000			
36	Placa t.H. 6.000			
37	Placa t.H. 6.000			
38	Placa t.H. 6.000			
39	Placa t.H. 6.000			
40	Placa t.H. 6.000			
41	Placa t.H. 6.000			
42	Placa t.H. 6.000			
43	Placa t.H. 6.000			
44	Placa t.H. 6.000			
45	Placa t.H. 6.000			
46	Placa t.H. 6.000			
47	Placa t.H. 6.000			
48	Placa t.H. 6.000			
49	Placa t.H. 6.000			
50	Placa t.H. 6.000			

João H. Gusstosa Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 1041

COND. DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Isidoro da Silva, 24 - Bairro Timbi - Camaragibe/PE - CEP 54765-138

FONE: (81) 3129-2456

E-mail: cromustida@gmail.com

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

1ª Via Branca - Faturamento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Rosa - Comercial

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406223/19

Número do Sinistro: 3190646097

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

CPF: 158.740.574-12

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 21/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/02/2020
Nome: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA
CPF: 158.740.574-12

MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2020
Nome: Bruno Leonardo do Rosário Flores
CPF: 057.215.377-52

Bruno Leonardo do Rosário Flores