



Número: **0800670-17.2017.8.18.0039**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Barras**

Última distribuição : **16/11/2017**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MANOEL PEREIRA DE CARVALHO (AUTOR)		ISLANNY OLIVEIRA SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
3968810	10/01/2019 12:32	Despacho	Despacho
1038528	22/03/2018 08:36	Substabelecimento	Substabelecimento
1038561	22/03/2018 08:36	Substabelecimento	PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS
786051	25/01/2018 09:08	Despacho	Despacho
571363	17/11/2017 12:10	Documentos	Documentos
571378	17/11/2017 12:10	Doc. 05 - Prontuario 01-ilovepdf-compressed-1-05	Documentos
571392	17/11/2017 12:10	Doc. 06 - Prontuario 01-ilovepdf-compressed-6-10	Documentos
571398	17/11/2017 12:10	Doc. 07 - Prontuario 02-ilovepdf-compressed-1-6	Documentos
571402	17/11/2017 12:10	Doc. 08 - Prontuario 02-ilovepdf-compressed-7-12	Documentos
571407	17/11/2017 12:10	Doc. 09 - Prontuario 04-ilovepdf-compressed-1-7	Documentos
565198	16/11/2017 10:38	Petição Inicial	Petição Inicial
565225	16/11/2017 10:38	Doc. 01 - Procuração manoel pereira	Procuração
565230	16/11/2017 10:38	Doc. 02 -Declaração de hipossuficiencia	Documentos
565232	16/11/2017 10:38	Doc. 03 - Doc pessoais	Documentos
565234	16/11/2017 10:38	Doc. 04 -Boletim de ocorrencia	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
565272	16/11/2017 10:38	Doc. 07 - Prontuario 03	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
565267	16/11/2017 10:38	Doc. 09 - Raio x	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
565265	16/11/2017 10:38	Doc. 10 - Documentacao DPVAT-ilovepdf-compressed	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
565262	16/11/2017 10:38	Doc. 11 - Indeferimento	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

56526 0	16/11/2017 10:38	Doc. 12 - Comprovante de endereço	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
------------	------------------	---	-------------------------



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
VARA ÚNICA DA COMARCA DE BARRAS DA COMARCA DE BARRAS
Rua São José, 864, Centro, BARRAS - PI - CEP: 64100-000

PROCESSO Nº: 0800670-17.2017.8.18.0039

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM (7)

ASSUNTO(S): [Seguro, Acidente de Trânsito, Seguro]

AUTOR: MANOEL PEREIRA DE CARVALHO

Nome: MANOEL PEREIRA DE CARVALHO

Endereço: Rua do Trevo, 537 651, urbano, BARRAS - PI - CEP: 64100-000

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Rua Senador Dantas, 74 5 andar, - de 58 ao fim - lado par, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

MANDADO

O(a) Dr.(a) , MM. Juiz(a) de Direito da **Vara Única da Comarca de Barras** da Comarca de BARRAS, MANDA o Oficial de Justiça designado que, em cumprimento ao presente Despacho-mandado, proceda a

CITAÇÃO/INTIMAÇÃO decisão abaixo

DESPACHO-MANDADO

1. Deixo de aplicar o disposto no art. 334 do Código de Processo Civil de 2015 em virtude da impossibilidade atual de este juízo realizar audiências para todas as centenas de ações recebidas todos os meses, especialmente por não contar com quadro de conciliadores e nem dispor atualmente de juiz titular em exercício.
2. Ademais, a experiência vivida nesta unidade jurisdicional mostra ser pouco provável a composição amigável das disputas aqui travadas, na qual a instituição financeira (ora demandada) normalmente se fazem representar por prepostos que não dispõem de poder real para transacionar e, quando dispostos a celebrar acordo, lançam proposta formal nos próprios autos.
3. Cite-se o demandado para que tome conhecimento da inicial e apresente contestação no prazo de 15 (quinze) dias.
4. Oferecida a contestação, se o réu alegar qualquer das matérias previstas no art. 337 do NCPC ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito

do autor, este deverá ser intimado, **independentemente de novo despacho**, para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias (art. 350 e art. 351 do NCPC).

5. Na sequência, conclusos.

6. **DETERMINO QUE O PRESENTE DOCUMENTO SIRVA, AO MESMO TEMPO, COMO DESPACHO E COMO MANDADO.**

7. Por este documento, fica o Oficial de Justiça que o portar autorizado a requisitar força policial para o cumprimento da diligência nele determinada. **CUMPRA-SE, NA FORMA E SOB AS PENAS DA LEI.** Poderá o Oficial de Justiça, para o cumprimento da diligência do mandado, proceder conforme o disposto no § 2º do art. 212 do CPC.

BARRAS-PI, 17 de dezembro de 2018.

Patrícia Luz Cavalcante
Juiz(a) de Direito da Vara Única da Comarca de Barras

Juntada de substabelecimento em anexo.

SUBSTABELECIMENTO

Pelo presente instrumento particular de Substabelecimento, a **Dra. ISLANNY OLIVEIRA SANTOS**, Advogada, inscrita nos quadros da OAB/PI sob o nº 13293, com endereço profissional na Rua 10 de novembro, nº 385, Prédio, Sala 01, Centro, Barras- PI, **SUBSTABELECE SEM RESERVAS**, os poderes que lhe foram outorgados por **MANOEL PEREIRA DE CARVALHO**, brasileiro, casado, aposentado, portador da cédula identidade RG nº 863.180 SSP-PI, inscrito no cadastro de pessoa física CPF nº 199.694.303-00, Residente e Domiciliado na Rua do Trevo 537 651, Bairro Urbano, Barras-PI, ao Advogado DR. **JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA**, OAB-PI 12.813, com escritório profissional a rua Henrique dias, nº 790, bairro Vermelha, Teresina- PI, nos autos do(s) processo(s) nº 0800670-17.2017.8.18.0039, que tramita perante **VARA ÚNICA DA COMARCA DE BARRAS DA COMARCA DE BARRAS**, com poderes para realização de audiência de conciliação e/ou instrução e julgamento.

No cumprimento deste Mandato de Substabelecimento, pode o Substabelecido tudo requerer, confessar, desistir, transigir, acordar, receber e dar quitação, firmar compromissos, agindo em conjunto ou separadamente com a Substabelecete, reservados integrais poderes da outorga primeira.

Barras-PI, 22 de março de 2018


Islanny Oliveira Santos
OAB/PI 13.293



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
VARA ÚNICA DA COMARCA DE BARRAS DA COMARCA DE
BARRAS

Rua São José, 864, Centro, BARRAS - PI - CEP: 64100-000

PROCESSO Nº: 0800670-17.2017.8.18.0039

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM (7)

ASSUNTO(S): [Seguro, Acidente de Trânsito, Seguro]

AUTOR: MANOEL PEREIRA DE CARVALHO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Vistos, etc.

Recebo a petição inicial.

Considerando que ao magistrado é lícito reservar-se para apreciar o pedido de tutela antecipada após a contestação, sobretudo porque a manifestação da parte ré pode ser imprescindível para dirimir eventuais dúvidas na formação do convencimento do Juiz acerca do pleito formulado, deixo para apreciar a liminar após a manifestação do réu.

Designo o dia 22/03/2018, às 09:00 horas, para realização de audiência de conciliação ou de mediação, devendo ser citado o réu com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência, mediante carta ou mandado, conforme o caso. O autor deverá ser intimado por seu advogado, mediante publicação oficial.

As partes deverão ser advertidas de que o seu não comparecimento injustificado à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor do Estado.

BARRAS-PI, 24 de janeiro de 2018.

Danilo Melo de Sousa
Juiz(a) de Direito Substituto da Vara Única da Comarca de Barras

Juntada de prontuario.




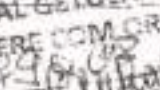
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
CHECK LIST - PÓS-OPERATÓRIO

NOME: Monal Ruim de Carvalho DN: 1
DO: CENTRO CIRÚRGICO
PARA CLÍNICA: 1 DATA: 05/03/16 HORÁRIO: 12:50

Nº	ITENS A SER CHECADOS ANTES DE O PACIENTE RETORNAR À CLÍNICA	CHECADO
1	Conferir a identificação do paciente (pulseira, nome completo e data de nascimento).	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Conferir com o enfermeiro (a) do setor qual será o leito do paciente, informando as condições clínicas do mesmo.	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Verificar se a prescrição médica está anexada ao prontuário.	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Verificar se o formulário de antibiótico está anexado ao prontuário (se for o caso).	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Verificar se os exames estão anexados ao prontuário.	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Verificar se há solicitação de raio-X no pós-operatório e se houver encaminhar o paciente ao setor de radiologia.	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluindo a dor).	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Fazer o registro de enfermagem no prontuário.	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Solicitar e aguardar para o transporte do paciente e encaminhar à clínica ou setor de radiologia (se necessário).	<input checked="" type="checkbox"/>

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) E CARIMBO	ASSINATURA DO (A) TÉCNICO (A) DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM E CARIMBO
	 HOSPITAL GETÚLIO VARGAS CONFERE COM ORIGINAL Em, <u>05/03/16</u> Edna Maria de Sá Matrícula: 019065-9

OBS: O paciente deve ser encaminhado à clínica e radiologia obrigatoriamente.
O preenchimento deve ser feito pelo enfermeiro ou técnico de CC.

CÓPIA DE PRONTUÁRIO



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
GERAL**

DADOS DO PACIENTE	
Nome:	_____
Nascimento:	____/____/____

Observação: caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo:

RESPONSÁVEL LEGAL	
Nome:	_____
Parentesco:	_____

Eu, _____
paciente ou responsável pelo paciente acima citado, que é portador da doença _____
devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de _____

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a sua doença e ao procedimento que será submetido, tais como:

1. Infecção
2. TVP
3. Pneu. Sarcoide
4. _____
5. _____

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em _____
Edna Maria _____
Matrícula: 019065-9
CPS: 275.080.303-97

Estou ciente ainda de que o presente Termo de Responsabilidade está em conformidade com a Lei 8.078/90 pelo Código de Ética Médica nos seus artigos 48 e 90.

Teresina(Pi), _____ de _____ de 20 _____

Clara Francisco dos Santos Leal
DIRETORA GERAL DE SAÚDE
CPF: 150.586.550-72

Paciente ou Responsável e RG

Dr. Rogério de Morais
CRM: 13.554
Médico Responsável - CRM

Dr. Ingrid Barilossi de Amorim Júnior
ONCOLOGISTA ASSISTENCIAL
CRM: 15.98

MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO		UNID	QUANT	DISCRIMINAÇÃO		UNID	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES				AGULHAS E SÉRINGAS			
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	ml	frasco	02	AGULHA 30 GAUQUE N°	unid		
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	ml	frasco		AGULHA PERIDURAL N°	unid		
SORO GLUCOSADO 5%	ml	frasco		AGULHA 25G	unid		
RINGER LACTATO	ml	frasco		AGULHA 30G7	unid		
ÁGUA DESTILADA	ml	frasco		AGULHA 40X12	unid		
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10ml		amp		AGULHA DE INSULINA	unid		
MANITOL 3% 2000ml		frasco		SCALP N°	unid		
FORMOL	ml			JELCO N°	unid		
ÁGUA OXIGENADA	ml			SERINGA DE 50 ml	unid		
ALCOOL 70%	ml		83	SERINGA DE 20 ml	unid		
PVP DEGERMANTE	ml		80	SERINGA DE 10 ml	unid		
PVP TÓXICO	ml			SERINGA DE 5 ml	unid		01
CLOREXIDINA	ml			SERINGA DE 3 ml	unid		01
BSS 500 ml		frasco		SERINGA DE 1 ml	unid		
VOLUVEN 5% 500ml		frasco					
				DRENOS			
				DRENO DE PENROSE N°	unid		
				DRENO DE SUÇÃO N°	unid		
				DRENO DE TORAX N°	unid		
				DRENO DE RHEE	unid		
FIOS							
NYLON N°	2-0	unid	08	OUTROS MATERIAIS			
NYLON N°		unid		LAMINA DE BISTURI N° 24	unid		01
CATGUT SIMPLES N°		unid		LAMINA DE BISTURI N°	unid		
CATGUT CROMADO N°		unid		GAZES	pacote		05
CATGUT CROMADO N°		unid		ESPALMADO	cm		30
ALGODAO COM AGULHA N°		unid		MICROPOR	cm		
ALGODAO SEM AGULHA N°		unid		COMPRESSAS	pacote		03
SYNCRIL N°		unid	08	ALGODAO	bola		
SYNCRIL N°		unid		EQUIPO MACROGOTAS	unid		
PROLENE N°		unid		EQUIPO	unid		
PROLENE N°		unid		EQUIPO PARA SANGUE	unid		
MONOCRYL N°		unid		FORNECEDORA	unid		
PODS N°		unid		POLIFIX	unid		
		unid		TRANSPOX	unid		
		unid		TRUCOPLEX	unid		
		unid		ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	unid		
		unid		CATETER DUPLO JOTA	unid		02
		unid		CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	unid		
		unid		TUBO OROTRAQUEAL N°	unid		
PROCEDIMENTO		par	07	FILTRO BACTERIOLÓGICO PI TOT	unid		
ESTERIL N°	3-0	par	02	CAPA PARA VIDEO	unid		
ESTERIL N°	8-0	par		CAPA PARA MICROSCÓPIO	unid		
ESTERIL N°		par		LENTE INTRAOCULAR N°	unid		
		par					
LUVAS							
				040 PT L182			
				CREPON			
SONDAGEM							
SONDA URETRAL N°		unid			11		02
SONDA DE FOLEY 2 Vias N°		unid			11		01
SONDA DE FOLEY 3 Vias N°		unid					
SONDA NASOGÁSTRICA N°		unid					
SONDA NASOGÉSTRICA N°		unid					
COLETOR DE URINA FECHADO		unid					
COLETOR DE URINA ABERTO		unid					
XYLOCAINA GELEIA 2%		unid					
SONDA RETAL N°		tubo					
VASELINA		tubo					

LATOR DE URINA FECHADO
 LATOR DE URINA ABERTO
 LOCALINA GELEVA 2%
 NDA RETAL Nº
 BELINA

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
 CONFERE COM ORIGINAL
 Em, 15/09/2016
 Edna Maria da Silva
 Matrícula: 013365-9
 CPF: 075.080.303-97
 CÓPIA DE FOLHA Nº 01

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

Madalena 069140
Circulante - COREN

Horn: _____ :

Fátima Sobrinho
Instrumentadora - COREN

HGV

AUS 03/05 0921 0202

RGAS

ADU DO PIAUI
RGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: _____ LEITO: _____ PRONTUÁRIO: _____

NOME: Manoel Pereira de Carvalho DATA DE NASC. 1/1/DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: Fratura humCONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: OKCIRURGIA: fixações externas hum Nº SALA: 09CIRURGIÃO: Dr. Gláucio Nascimento CRM-PI: 2775 / TEOT 10504AUXILIARES: Dr. DyaneINSTRUMENTADORA Fátima Sobrinho CIRCULANTE: MadalenaTÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: 1) Paciente com membro

- 2) Imobilizado em caxa dorsal
- 3) Fixação externa hum
- 4) Intenso

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: Não

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO: _____

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

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

DATA: 05/03/16 HORA: _____Dr. Gláucio Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2775 / TEOT 10504

CIRURGIÃO (Assinatura e Carimbo)

HOSPITAL GETÚLIO VAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, Edna Maria
Matrícula: 019055-8
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



Nº. de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
DE INTERNAÇÃO HOSPI**

AIH : 221610019804-B
UNI : HGV

Órgão Emissor: NUTISSM001

Identificação do Estabelecimento de Saúde

REGISTRO

05/01/1955

data de
emissão:

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

2-Nome do estabelecimento credenciado:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

MANOEL PEREIRA DE CARVALHO

3-LINHA: 21/03/2016

DT. LAUDO: 03/03/2016

PROCED.: 0408040050 ARTROPLASTIA PARCIAL

UP.5151: J. SANTOS

CIB: 5720

Dr. Francisco Crisóstomo de Sousa
Médico Assistente - ORTOPEDIA/SMO
CRM: 227.587/03-15
RGO: 0000031/0000
RGS, MEDICO RESPONSÁVEL

101913

4-Nome: MANOEL PEREIRA DE CARVALHO

5 - Prontuário: 1277352

7-CRG: 988049740633552

8-Nascimento: 05/01/1955

9-Sexo: Masculino

CPF: 189.694.303-00

11-Nm: FRANCISCA PEREIRA DA SILVA

12-Poss: 86-99504-9010

13-Relat: SILMAR SILVA CARVALHO (FILHO)

14-Com: Sem Informacao

15-Endere: LOCALIDADE MURITIELAND - ZONA RURAL - CEP: 64100-000

16-Munic: BARRAS

17-Cod.IGOR: 220120

18-UF: PI

19-CEP: 64100-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*Doença degenerativa
de L5/S1*

21 - Condições que justifiquem a internação:

Requer

22 - Principais resultados de exames diagnósticos (Resultado de exames realizados):

RAE

23-Diagnóstico Inicial:

Furto do colo do fêmur

24-CID 9.10:

8720

25-CID 9.10:

8720

26-CID 9.10:

8720

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408040050

29-Procedimento Solicitado:

ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL

30-Clinica:

(CLINICA PARA TRANSFERENCIA)

31-Classe:

02

32-Idet.: 01

33-Doc.: 184.008.173-20

34-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

WILSON RODRIGUES - COLUNA

35-Data Solicitação:

03/03/2016

Dr. Francisco Crisóstomo de Sousa
ORTOPEDIA/SMO
CRM: 227.587/03-15
RGO: 0000031/0000

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39- () Acidente Trabalho

40- () Acidente Trabalho

41- () Acidente Trabalho

42- () Acidente Trabalho

43- () Acidente Trabalho

44- () Acidente Trabalho

45- () Acidente Trabalho

46- () Acidente Trabalho

47- () Acidente Trabalho

48- () Acidente Trabalho

49- () Acidente Trabalho

50- () Acidente Trabalho

51- () Acidente Trabalho

52- () Acidente Trabalho

53- () Acidente Trabalho

54- () Acidente Trabalho

55- () Acidente Trabalho

56- () Acidente Trabalho

57- () Acidente Trabalho

58- () Acidente Trabalho

59- () Acidente Trabalho

60- () Acidente Trabalho

61- () Acidente Trabalho

62- () Acidente Trabalho

63- () Acidente Trabalho

64- () Acidente Trabalho

65- () Acidente Trabalho

66- () Acidente Trabalho

67- () Acidente Trabalho

68- () Acidente Trabalho

69- () Acidente Trabalho

70- () Acidente Trabalho

71- () Acidente Trabalho

72- () Acidente Trabalho

73- () Acidente Trabalho

74- () Acidente Trabalho

75- () Acidente Trabalho

76- () Acidente Trabalho

77- () Acidente Trabalho

78- () Acidente Trabalho

79- () Acidente Trabalho

80- () Acidente Trabalho

81- () Acidente Trabalho

82- () Acidente Trabalho

83- () Acidente Trabalho

84- () Acidente Trabalho

85- () Acidente Trabalho

86- () Acidente Trabalho

87- () Acidente Trabalho

88- () Acidente Trabalho

89- () Acidente Trabalho

90- () Acidente Trabalho

91- () Acidente Trabalho

92- () Acidente Trabalho

93- () Acidente Trabalho

94- () Acidente Trabalho

95- () Acidente Trabalho

96- () Acidente Trabalho

97- () Acidente Trabalho

98- () Acidente Trabalho

99- () Acidente Trabalho

100- () Acidente Trabalho

101- () Acidente Trabalho

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em: 03/03/2016
Edna Maria da Silva
Médico Assistente - ORTOPEDIA/SMO
CPF: 270.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA	05/07/16	SALA
PROFESSOR		

PACIENTE	Rafael Pereira de Carvalho			
PROCEDEMENTO	Retirada de Curato			
PREÇO ANESTESIA	PC	PREPARAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
PRECOLOMBIA	100	100	36.5	
ORIGEM	100			
SEVOPURANO				
GLICEMIA	URÉIA	CREATININA	OUTROS	

SEQUÊNCIA	
1	100
2	100
3	100
4	100
5	100
6	100
7	100
8	100
9	100
10	100
11	100
12	100
13	100
14	100
15	100
16	100
17	100
18	100
19	100
20	100
21	100
22	100
23	100
24	100
25	100
26	100
27	100
28	100
29	100
30	100
31	100
32	100
33	100
34	100
35	100
36	100
37	100
38	100
39	100
40	100
41	100
42	100
43	100
44	100
45	100
46	100
47	100
48	100
49	100
50	100
51	100
52	100
53	100
54	100
55	100
56	100
57	100
58	100
59	100
60	100
61	100
62	100
63	100
64	100
65	100
66	100
67	100
68	100
69	100
70	100
71	100
72	100
73	100
74	100
75	100
76	100
77	100
78	100
79	100
80	100
81	100
82	100
83	100
84	100
85	100
86	100
87	100
88	100
89	100
90	100
91	100
92	100
93	100
94	100
95	100
96	100
97	100
98	100
99	100
100	100

CRICA ANESTESICA	100
ACÇÕES	100
1	100
2	100
3	100
4	100
5	100
6	100
7	100
8	100
9	100
10	100
11	100
12	100
13	100
14	100
15	100
16	100
17	100
18	100
19	100
20	100
21	100
22	100
23	100
24	100
25	100
26	100
27	100
28	100
29	100
30	100
31	100
32	100
33	100
34	100
35	100
36	100
37	100
38	100
39	100
40	100
41	100
42	100
43	100
44	100
45	100
46	100
47	100
48	100
49	100
50	100
51	100
52	100
53	100
54	100
55	100
56	100
57	100
58	100
59	100
60	100
61	100
62	100
63	100
64	100
65	100
66	100
67	100
68	100
69	100
70	100
71	100
72	100
73	100
74	100
75	100
76	100
77	100
78	100
79	100
80	100
81	100
82	100
83	100
84	100
85	100
86	100
87	100
88	100
89	100
90	100
91	100
92	100
93	100
94	100
95	100
96	100
97	100
98	100
99	100
100	100

Atropina	amp	Dopamina	amp	Neostigmina	amp	Remifentanyl	amp
Adrenalina	amp	Dormonid	amp	Nitride	amp	Ranitidina	amp
gua Dext. 10ml	amp	Efortil	amp	Noradrenalina	amp	Ringer-Lactado	amp
Ipro 500mg	fr	Efedrina	amp	Neocaina 2.25	amp	Sufentanil	amp
efazolina 3g	amp	Fentanyl (s/ cons.)	amp	Neocaina 0.25	amp	S. Fisiológico 0.9%	fr
lorazepam	amp	Fentanyl (frasco)	fr	Omeprazol	fr	S. Glicosado 5%	fr
hidralazina	fr	Sevoflurano	fr	Pancuronio	amp	Tracrium	amp
trametazepam	amp	Midocortisona	fr	Propofol	amp	Transamin	amp
azepam	amp	Isoflurano	fr	Pentamina	amp	Novabup 0.5%	fr
norf	amp	Manitol	fr	Qualicín	fr	Udralina 2%	fr
adona	amp	Metronidazol	fr	Quetamina	fr		
butamirna	amp	Narcan	fr				

Anestesiologista - CRM

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 05/07/16
Edna Maria da Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 080.203-97
Endereço: Rua...

AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2152 Centro - Fone: 84 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.922.664/0104-63

Prontuário:

1277352

Internação:

202713

Nome: **MANOEL PEREIRA DE CARVALHO**

End. Resid.: LOCALIDADE BURITIZINHO - ZONA RURAL

Cidade: BARRAS - PI

CEP: 64100-000

Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:
Masculino	05/01/1955	61a:2m:27d	Casado(a)	APOSENTADO
Cadastro:	C.Instrução:	Fone:	Cartão SUS (CNS):	Documento:
24/10/2012	Fundamental	86-99566-9020	898003740653593	CNPJ: 189.494.303-00

Pai: EDASTASIO PEREIRA DE CARVALHO

Mãe: FRANCISCA PEREIRA DA SILVA

Cônjuge:

Responsável: ZILMAR SILVA CARVALHO (FILHO)

End. Responsável: LOCALIDADE BURITIZINHO - ZONA RURAL

BARRAS - PI

64100-000

Jesus
Funcionário do SAME

QP:

H.D.A.

ANT. PRISÓIS:

ANT. HEREDITÁRIOS:

EXAME FÍSICO:

GERAL:

CABEÇA E PESCOÇO:

TÓRAX:

ABDOMEN:

MEMBROS:

GENITAIS:

ESPECÍFICOS:

DIAGNÓSTICO:

PLANO TERAPÊUTICO:

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em: 12/11/2012
Ass: Dr. Carlos Silva
Médico: 319065-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Data/Hora: ____/____/____

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

127
73
52

AL

Ginecologia

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

AL

FALTA
NOTA FISCAL

10h-04

222-04

Manoel Peneira de Carvalho



D^r Jose Wilson

PRONTUÁRIO MÉDICO

U

alta OK
88859

03

MOD. 01 - HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, Edna Maria Andrade Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 279.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

HGV

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE 7 DE INTERNAÇÃO HOSPIT

Graco Emissor: HZL100001

AIH : 221610017804-B
UNI : HBV

Identificação do Estabelecimento de Sa

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

2-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

MANOEL PEREIRA DE CARVALHO

ANUSCIRN/0

05/01/1955

digito da
Carnação:

101913

8-LINHA: 21/03/2016 DT. LAHU: 03/03/2016

PROCD.: 040804050 ARTROPLASTIA PARCIAL de Joelho de Santos Macedo

OP. S101: J. SANTOS

C19 : 9720

RSS. MEDICO RESPONSÁVEL

3-Nome: MANOEL PEREIRA DE CARVALHO

4 - Prontuário: 1271392

7-CMS: 899063746453592

8-Masculino: 05/01/1955

9-Sexo: Masculino

CPF: 199.496.303-00

11-Não: FRANCISCA PEREIRA DA SILVA

12-Poss: 86-99506-9020

13-Resp: SILMAR SILVA CARVALHO (FILHO)

14-Cor: Sem Informacao

15-Endr: LOCALIDADE MURIVIZINHO - ZONA RURAL - CEP: 64100-000

16-Munic: BARRAS

17-Cod.IGCE: 220120

18-UF: PI

19-CEP: 64100-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*Doença degenerativa
de joelho*

21 - Condições que justificam a internação:

*Artrite
de joelho*

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

RA-X

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura do colo do fêmur

24-CID 10: 8720

25-CID 9: 8720

26-CID C.A.: 8720

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 040804050

27-Procedimento Solicitado:

ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL

29-Clinica:

(CLINICA PARA TRANSFERENCIA)

30-Caracter: Identi:

02

31-Identi:

01

32-Docum.: CPF

184.008.173-20

33-Doc. Méd. Solic.

03/03/2016

34-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

WILSON RODRIGUES - COLUNA

35-Data Solicitação:

03/03/2016

*Dr. Francisco Carlos B. Sousa
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3920*

36-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajetu

39- () Acidente Trabalho Trajetu

40 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Apoiado

() Não Segurado

41 - Nome do Profissional Autorizador:

AUTORIZAÇÃO

Assinatura e Carimbo de Autorização

Dr. Wilson Rodrigues

42-Documento:

() CRM () CPF

43-Num. Documento:

() CRM () CPF

44-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

45 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Silmar Silva Carvalho

HOSPITAL GETULIO VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em. 29/03/2016

Edna Maria Andrade Silva

Matrícula: 019065-9

CPF: 275.080.303-97

CÓDIGO DE PRONTUÁRIO

BOLETIM DE CIRURGIA

CLINICA: Gineco / Ort. 222 LEITO: 04 PRONTUÁRIO: 1277352

NOME: Manoel Pereira de Carvalho DATA DE NASC: 05/01/55

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: 0 neno

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: OK

CIRURGIA: Ortopedia de punho + fixação externa Nº SALA: 09

CIRURGIÃO: Dr. Glauco Nascimento CRM-PI: 2775 / TEOT 10604

AUXILIARES: 1º Dr. Alexandre 2º Dr. Alexandre

INSTRUMENTADORA: Tatiana Sobrinho CIRCULANTE: Madalena

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: 1) Pericorte do punho

2) Incisão em corte diagonal

3) Retirada do tendão de palmar

4) Redução de punho

5) Curatela + tratamento orlato

6) Sutura

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATORIAS: Não

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO: 0 neno

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

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

DATA: 05/03/16 HORA: _____

05/03/16

Dr. Glauco Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI: 2775 / TEOT 10604
Assinatura e Carimbo


HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 05/03/16
Edna Maria de Sá
Matrícula: 019065-9
CPF: 275.080.803-67
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



Num. 571398 - Pág. 1

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS
TRATAMENTO REALIZADO
<i>770 Cirúrgica</i>

PROCEDIMENTO REALIZADOS	
CONSULTA BÁSICA	<input type="checkbox"/>
AEROSOL	<input type="checkbox"/>
DRENAGEM DE ABCESSO	<input type="checkbox"/>
RETIRADA DE CORPO ESTRANHOS	<input type="checkbox"/>
PEQUENA CIRURGIA	<input type="checkbox"/>
SUTURA SIMPLES	<input type="checkbox"/>
TERAPIA MEDICAMENTOSA	<input type="checkbox"/>
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/>
CONSULTA CIRURGIA	<input type="checkbox"/>
CONSULTA ORTOPEDISTA	<input type="checkbox"/>
SUTURA COM DEBRIDAMENTO	<input type="checkbox"/>
IMOBILIZAÇÃO GESSADA	<input type="checkbox"/>
DATA <i>26.02.16</i>	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	
<i>2. Silva</i>	

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS MELO BOLSTIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL E DE URGÊNCIA	
	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME DO PACIENTE: <i>Mauvel Penina de Carvalho</i>	
DATA DE NASCIMENTO: <i>05/01/55</i>	PROFISSÃO: <i>-11-</i>
RAÇA/COR: (1) BRANCA (2) PRETA (3) PARDAS (4) AMARELA (5) INDÍGENA	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
CARTÃO DO SUS: <i>710121610171018191619141</i>	CPF/IRG: <i>863.180</i>
FILIAÇÃO:	TELEFONE:
MÃE: <i>Francisco Ferreira da Silva</i>	
PAI: <i>Sebastião Pereira de Carvalho</i>	
ENDEREÇO: <i>Loc. Buritzinha</i>	
BAIRRO:	NÚMERO:
MUNICÍPIO: <i>Buriti</i>	ESTADO: <i>CEP:</i>
DADOS SOBRE ATENDIMENTO	
DATA DO ATENDIMENTO: <i>26.02.16</i>	HORA: <i>14h</i>
MOTIVO DO ATENDIMENTO: <i>fel Ausculta</i>	
DIAGNÓSTICO: <i>Patoma Penina D. 17</i>	



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO - HRLM
BARRAS - PIAUÍ

SUS



HOSPITAL REGIONAL
LEÔNIDAS MELO - HRLM

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME *Manoel Pereira de Carvalho*

IDADE _____ SEXO ☒ MASC. ☐ FEM. CLÍNICA ☐ AMBULATORIO ☒ INTERNADO

ENDEREÇO _____

DADOS CLÍNICOS *Fatores de Fôrmes à direita*

DADOS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS) *Rx de Fôrmes distal à direita*

DATA *27/03/16*

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE *Dr Ricardo Reges L. de Oliveira*
Medico
CRM-PI 6230

ESTE EXAME É PAGO PELO SUS. É PROIBIDA COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.

CENTRAL DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO DOS SUS

PRAÇA JOÃO LUIZ FERREIRA, 227 - FONE (86) 3221-1446 / TERESINA - PI

DATA _____

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)

Atendimento	
Data	25/03/2011
Hora	20:00

HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS MELO
PRAÇA MONSENHOR ROZON, 210, 210
BARRA D'ÁZUL

Nº At
CRISTIA

BOLETIM DE ADMISSÃO

4307 - MANOEL PEREIRA DE CARVALHO

- Sexo: MASCULINO - Data de Nascimento: 05/11/1955 - 61 ANOS, 1 MÊS, 22 DIAS

Clinica: CLINICA DE ESPECIALIDADES - Setor: 04 - ENFERMARIA 04 - Leito: 0401 - Convênio: SUS

Especialidade: Médico: 3 - MEDICO PLANTONISTA

CPF: RG: 953 180 - CNIS: 8960374065362 - SIS Prenatal:

Endereço: LOC BURITIZINHA Nº 0 - CEP: 84100-000 - Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 3201200 - BARRA D'ÁZUL - Profissão: Telefone: () -

Pai: SEBASTIÃO PEREIRA DE CARVALHO - Mãe: FRANCISCA FERREIRA DA SILVA

Responsável: MANOEL PEREIRA DE CARVALHO - () -- O MESMO

Diagnóstico Inicial: - COMO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Resultado

<input type="checkbox"/> Curado	<input checked="" type="checkbox"/> Removido	<input type="checkbox"/> -48 Horas
<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Pedido	<input type="checkbox"/> +48 Horas
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Evasão	<input type="checkbox"/> Óbito
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> Indisposição	

Transferido ☒

História Clínica

*Set Manutencão Pl HVT Plus
no Otorrinolaringologia*

Diagnóstico Provável:

[Assinatura]

MEDICO PLANTONISTA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO DOENTE: FRANCISCA FERREIRA DA SILVA
2 - NOME DO SOLICITANTE: FRANCISCA FERREIRA DA SILVA
3 - NOME DO RESPONSÁVEL: FRANCISCA FERREIRA DA SILVA
4 - ENDEREÇO: RUA ... Nº ...
5 - CIDADE: ... ESTADO: ...
6 - CEP: ...

7 - Nº DO PRONTUÁRIO: 4307
8 - DATA DE NASCIMENTO: 08/01/1958
9 - SEXO: ☒ M ☐ F
10 - NOME DO PAI: ...
11 - TELEFONE DE CONTATO: (86) 3485-2630
12 - CIDADE: ...
13 - UF: PI
14 - Nº DO MUNICÍPIO: 2201200
15 - Nº DO CEP: 54100-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Atestado de morte por causas naturais.

CONDIÇÕES DE SAÚDE E RESULTADO DA INTERNAÇÃO

Admitido

20 - CID PRINCIPAL: S32.21
21 - CID SECUNDÁRIO: V99.9
22 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: ...
24 - DOCUMENTO: ...
25 - Nº DO PROCESSO DO PROCEDIMENTO: 030801001-9
26 - Nº DO PROCESSO DO PROCEDIMENTO: 154952133-00
27 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 20/03/2016
28 - ASS. E CARIMBO DO CRM: ...

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

29 - Nº DA SEGURADORA: ...
30 - Nº DO BÊNITO: ...
31 - SÉRIE: ...
32 - CNES EMPRESA: ...
33 - CNES EMPRESA: ...
34 - CNES EMPRESA: ...
35 - CNES EMPRESA: ...
36 - CNES EMPRESA: ...
37 - CNES EMPRESA: ...
38 - CNES EMPRESA: ...
39 - CNES EMPRESA: ...
40 - CNES EMPRESA: ...
41 - CNES EMPRESA: ...
42 - CNES EMPRESA: ...
43 - CNES EMPRESA: ...
44 - CNES EMPRESA: ...
45 - CNES EMPRESA: ...
46 - CNES EMPRESA: ...
47 - CNES EMPRESA: ...
48 - CNES EMPRESA: ...
49 - CNES EMPRESA: ...
50 - CNES EMPRESA: ...
51 - CNES EMPRESA: ...
52 - CNES EMPRESA: ...
53 - CNES EMPRESA: ...
54 - CNES EMPRESA: ...
55 - CNES EMPRESA: ...
56 - CNES EMPRESA: ...
57 - CNES EMPRESA: ...
58 - CNES EMPRESA: ...
59 - CNES EMPRESA: ...
60 - CNES EMPRESA: ...
61 - CNES EMPRESA: ...
62 - CNES EMPRESA: ...
63 - CNES EMPRESA: ...
64 - CNES EMPRESA: ...
65 - CNES EMPRESA: ...
66 - CNES EMPRESA: ...
67 - CNES EMPRESA: ...
68 - CNES EMPRESA: ...
69 - CNES EMPRESA: ...
70 - CNES EMPRESA: ...
71 - CNES EMPRESA: ...
72 - CNES EMPRESA: ...
73 - CNES EMPRESA: ...
74 - CNES EMPRESA: ...
75 - CNES EMPRESA: ...
76 - CNES EMPRESA: ...
77 - CNES EMPRESA: ...
78 - CNES EMPRESA: ...
79 - CNES EMPRESA: ...
80 - CNES EMPRESA: ...
81 - CNES EMPRESA: ...
82 - CNES EMPRESA: ...
83 - CNES EMPRESA: ...
84 - CNES EMPRESA: ...
85 - CNES EMPRESA: ...
86 - CNES EMPRESA: ...
87 - CNES EMPRESA: ...
88 - CNES EMPRESA: ...
89 - CNES EMPRESA: ...
90 - CNES EMPRESA: ...
91 - CNES EMPRESA: ...
92 - CNES EMPRESA: ...
93 - CNES EMPRESA: ...
94 - CNES EMPRESA: ...
95 - CNES EMPRESA: ...
96 - CNES EMPRESA: ...
97 - CNES EMPRESA: ...
98 - CNES EMPRESA: ...
99 - CNES EMPRESA: ...
100 - CNES EMPRESA: ...

AUTODECLARAÇÃO

41 - CID PRINCIPAL: ...
42 - CID SECUNDÁRIO: ...
43 - CAUSAS ASSOC.: ...
44 - DATA DA SOLICITAÇÃO: ...
45 - ASS. E CARIMBO DO CRM: ...
46 - Nº DO MUNICÍPIO: ...
47 - Nº DO CEP: ...
48 - Nº DO BÊNITO: ...
49 - SÉRIE: ...
50 - CNES EMPRESA: ...
51 - CNES EMPRESA: ...
52 - CNES EMPRESA: ...
53 - CNES EMPRESA: ...
54 - CNES EMPRESA: ...
55 - CNES EMPRESA: ...
56 - CNES EMPRESA: ...
57 - CNES EMPRESA: ...
58 - CNES EMPRESA: ...
59 - CNES EMPRESA: ...
60 - CNES EMPRESA: ...
61 - CNES EMPRESA: ...
62 - CNES EMPRESA: ...
63 - CNES EMPRESA: ...
64 - CNES EMPRESA: ...
65 - CNES EMPRESA: ...
66 - CNES EMPRESA: ...
67 - CNES EMPRESA: ...
68 - CNES EMPRESA: ...
69 - CNES EMPRESA: ...
70 - CNES EMPRESA: ...
71 - CNES EMPRESA: ...
72 - CNES EMPRESA: ...
73 - CNES EMPRESA: ...
74 - CNES EMPRESA: ...
75 - CNES EMPRESA: ...
76 - CNES EMPRESA: ...
77 - CNES EMPRESA: ...
78 - CNES EMPRESA: ...
79 - CNES EMPRESA: ...
80 - CNES EMPRESA: ...
81 - CNES EMPRESA: ...
82 - CNES EMPRESA: ...
83 - CNES EMPRESA: ...
84 - CNES EMPRESA: ...
85 - CNES EMPRESA: ...
86 - CNES EMPRESA: ...
87 - CNES EMPRESA: ...
88 - CNES EMPRESA: ...
89 - CNES EMPRESA: ...
90 - CNES EMPRESA: ...
91 - CNES EMPRESA: ...
92 - CNES EMPRESA: ...
93 - CNES EMPRESA: ...
94 - CNES EMPRESA: ...
95 - CNES EMPRESA: ...
96 - CNES EMPRESA: ...
97 - CNES EMPRESA: ...
98 - CNES EMPRESA: ...
99 - CNES EMPRESA: ...
100 - CNES EMPRESA: ...

Vitor Emanuel de Sousa Ferraz
MÉDICO AUDITOR
CRM - PI 4662
CPF - 028.941.933-91



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO - HRLM
Praça Monsenhor Bosen, 210 • Centro • CEP: 64.100-000 • Barras-PI
Fone: (86) 3242-1336 / Fax: (86) 3242-1114
CNPJ: 06.553.564/0002-19
E-mail: hrleonidasmelo@hotmail.com



HOSPITAL REGIONAL
LEÔNIDAS MELO - HRLM

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

NOME DO PACIENTE: <u>Conceição Pereira de Carvalho</u>		ENFERMARIA / LEITO	Nº PRONTUÁRIO
NOME DO MÉDICO:			
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
		HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO	
03/03/16	Isula Od live		Obs. Segue com tra-
	2) Dipirona 500mg 2. por 6h		torio, 10 porções
	3) Voltaren 75mg 2. por 6h		dando 10h de repou-
	4) Aquecedor 500mg		so.
			em 1200ml
			Nota do Conselho Superior de Medicina
			Técnica de Enfermagem
			COREN-66694-PI
	Dr. Lázaro Jonari		11:30 PA-130X70mm
	MÉDICO		bx: 36h
	CUIA-PI 2024/15991		12:35 paciente continua
			sem febre e em bom
			estado geral. Segue no
			momento. Segue sendo
			de 100ml de And Santana de Silva
			TEC. DE ENFERMAGEM
			COREN-PI 695.315
			15:30 PA-130X70mm
			bx: 37h
			19:35 paciente segue
			com melhora de seu quadro
			clínico. Obs:



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO - HRLM
Praça Monsenhor Boson, 210 • Centro • CEP: 64.100-000 • Barras-PI
Fone: (86) 3242-1336 / Fax: (86) 3242-1114
CNPJ: 06.553.564/0002-19
E-mail: hrleonidasmelo@hotmail.com

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

NOME DO PACIENTE:		Nº PRONTUÁRIO	
NOME DO MÉDICO:		ENFERMARIA / LEITO	
<p>Prescrição Médica</p> <p>03/03/2014</p> <p>1. 1000 mg de Penicilina G 1000 mg</p> <p>2. 1000 mg de Penicilina G 1000 mg</p> <p>3. 1000 mg de Penicilina G 1000 mg</p> <p>4. 1000 mg de Penicilina G 1000 mg</p> <p>5. 1000 mg de Penicilina G 1000 mg</p> <p>6. 1000 mg de Penicilina G 1000 mg</p> <p>7. 1000 mg de Penicilina G 1000 mg</p> <p>8. 1000 mg de Penicilina G 1000 mg</p> <p>9. 1000 mg de Penicilina G 1000 mg</p> <p>10. 1000 mg de Penicilina G 1000 mg</p>		<p>Relatório de Enfermagem</p> <p>04/03</p> <p>Observações</p> <p>1. Paciente segue com</p> <p>2. Paciente segue com</p> <p>3. Paciente segue com</p> <p>4. Paciente segue com</p> <p>5. Paciente segue com</p> <p>6. Paciente segue com</p> <p>7. Paciente segue com</p> <p>8. Paciente segue com</p> <p>9. Paciente segue com</p> <p>10. Paciente segue com</p>	



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS MELO - HRLM
Praça Monsenhor Bosen, 210 • Centro • CEP: 64.100-000 • Barras-PI
Fone: (86) 3242-1336 / Fax: (86) 3242-1114
CNPJ: 06.553.564/0002-19
E-mail: hrleonidasimelo@hotmail.com



HOSPITAL REGIONAL
LEONIDAS MELO - HRLM

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

NOME DO PACIENTE: <i>Manoel Pereira de Carvalho</i>	ENFERMARIA / LEITO	Nº PRONTUÁRIO
NOME DO MÉDICO:	<i>04/01</i>	

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO	OBSERVAÇÕES
	# Fratura de fêmur à D		<i>6/15 Evoluções satisfatórias</i>
	① Dietas oral leve		<i>lens no 1377</i>
<i>27</i>	② Voltaren 75mg - 1mg } 1x4, 12/12h	<i>12h</i>	<i>apresenta sinais</i>
	Desmometaxone 1mg - 1mg	<i>12h</i>	<i>de regulação</i>
<i>02/10</i>	③ Dipirona 500mg - 1mg } 1x4, 12/12h	<i>12h</i>	<i>Pa: 120 x 80 mmHg</i>
<i>16</i>	④ SFO, 91 - 500mg, 1x4, 12/12h, 15/15h	<i>12h</i>	<i>SEM febre, continua com</i>
	⑤ Casidex 100mg		<i>problema no fígado "D"</i>
			<i>consistente, orientada,</i>
			<i>gênica, com dificuldade de</i>
			<i>deambular, agitação subaral</i>
			<i>relatada de regulação,</i>
			<i>avulsa, dieta opaco, elimi-</i>
			<i>nação - presente. <i>Assinado</i></i>
			<i>Dr. Ricardo Regalado de Oliveira</i>
			<i>Méico</i>
			<i>CRM-PI 8020</i>



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO - HRLM
Praça Monsenhor Bosen, 210 • Centro • CEP: 64.100-000 • Barras-PI
Fone: (86) 3242-1336 / Fax: (86) 3242-1114
GNPJ: 06.553.564/0002-19
E-mail: hrleonidasmelo@hotmail.com



HOSPITAL REGIONAL
LEÔNIDAS MELO - HRLM

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

NOME DO PACIENTE: <u>Manuel Pereira de Carvalho</u>	ENFERMARIA / LEITO: <u>04/02</u>	Nº PRONTUÁRIO
NOME DO MÉDICO:		

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA # Exotoma de Farnes D. F.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO	OBSERVAÇÕES
29/02			6hs Paciente com febre
17/03			febre MID aguardando
			sebra da regulação
			PA = 120/80 mmHg
			paciente com febre
			11:30 PACIENTE EVOLUI COM
			LEVE DOZ NO LOCAL DA PEA
			6hs MID IMEGMO ADUA
			6hs SINTIA - TAC-39c
			18:00hs Paciente com febre
			voluntário MID, não se
			deixou no momento de
			deixar. Dureza presente
			aguardando sembo da
			regulação para
			Verificação de N. Contato
			16:55 - Exotoma de Farnes D. F.
			com febre

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	LEITO / UNIDADE	DT. PRECATORIAL
Mansel		
NOME DO MÉDICO:		

DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
27/02/16	20:30 min. Paciente admitido neste setor, anamnese de acidente com motor elétrico. O mesmo apresenta suposto fratura de fêmur D com NID. Não usa qualquer medicamento.	Francisco de Sá Lopes CRM-PB 123.456
28/02/16	14:00h. Paciente repousa confortável, orientado, fímbria suprimida, normotensa, desidratado com ajuda de soro. Sem queixas agudas até o momento. Dieta prescrita: alimentação fracionada. Sem náuseas e vômitos satisfatórios. Não usa qualquer medicamento. Acompanhamento realizado na central de regulação.	Elina Regina C. Bezerra CRM-PB 123.456
28/02/16	08:15h. Paciente repousa confortável após a central de regulação, normotensa, hidratado, fímbria suprimida, normotensa. Sem queixas agudas até o momento. Dieta prescrita: alimentação fracionada. Sem náuseas e vômitos satisfatórios. Não usa qualquer medicamento. Acompanhamento realizado na central de regulação.	Francisco de Sá Lopes CRM-PB 123.456
28/02/16	10:00h. Paciente repousa no leito após fratura de fêmur D. Acompanhamento realizado na central de regulação. Sem queixas agudas. PA=120/80 mmHg.	Francisco de Sá Lopes CRM-PB 123.456
29/02/16	10:00h. Paciente repousa sem queixas, fratura de fêmur D cadastrado na central de regulação. Acompanhamento realizado na central de regulação.	Francisco de Sá Lopes CRM-PB 123.456
29/02/16	21:05. Paciente repousa sem queixas agudas até o momento. Dieta prescrita: alimentação fracionada. Sem náuseas e vômitos satisfatórios. Não usa qualquer medicamento. Acompanhamento realizado na central de regulação.	Francisco de Sá Lopes CRM-PB 123.456



NOME DO PACIENTE:	MARCELO PEREIRA DE CARVALHO	ENFERMARIA / LEITO	04 / 01	Nº PRONTUÁRIO
NOME DO MÉDICO:				

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO	OBSERVAÇÕES
	# Fratura Fêmur D - Aguardo Smta		6 hrs clauda e dolor
	1) Dieta oral livre		com bolacha no
	2) Voltaren 50mg - 01 comp, VQ 818h.	12h 20-04	fezes, quando
03/03	3) Dipirona 500mg - 21 comp, VQ de 66h, re dar em 10x 2 37,8°C	12h 00-06	avalia de magreza
14/03	4) Aguardo Transfusão ;		em 120x50mmHg
	5) CC 500 + 55v.u.		PRD paciente continua em seu leito aguardando serba da serba de hepatoc. com fratura no fêmur D. Satisfatório. Oligúria - 200ml de urina com dificuldade
			Eliminação fisiológica normal a nível distal expulso.
			PRD 120x50 em 12h

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: Manoel Pereira de Carvalho	LEITO / ESPERANÇA: 04/01	PP / PRONTUÁRIO:
NOME DO MÉDICO:		

DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
1/3/16	Às 8:50h Parte esquerda admissão da regulacão para caso cirurgico Fêmur "D" nao inju do	Enfermeira Enfermeira Enfermeira
1/3/16	22:45h Paciente chegou completo, gasta de fôlego, respiração normal, frequência cardíaca 80 bpm, pressão arterial 120/80 mmHg. Exame físico: sem alterações. Exame de urina: sem alterações. Exame de fezes: sem alterações. Exame de sangue: sem alterações. Exame de urina: sem alterações. Exame de fezes: sem alterações. Exame de sangue: sem alterações. Exame de urina: sem alterações. Exame de fezes: sem alterações. Exame de sangue: sem alterações.	Enfermeira Enfermeira Enfermeira
03/03/16	Às 09:50, partiu para 4º NH, apresentando fratura de fêmur "D". Apresentando sinais de exatidão. Sem sinais de infecção. Exame de urina: sem alterações. Exame de fezes: sem alterações. Exame de sangue: sem alterações. Exame de urina: sem alterações. Exame de fezes: sem alterações. Exame de sangue: sem alterações. Exame de urina: sem alterações.	Enfermeira Enfermeira Enfermeira
03/03/16	Às 09:50, partiu para 5º NH, por fratura de fêmur "D". Apresentando sinais de exatidão. Sem sinais de infecção. Exame de urina: sem alterações. Exame de fezes: sem alterações. Exame de sangue: sem alterações. Exame de urina: sem alterações. Exame de fezes: sem alterações. Exame de sangue: sem alterações. Exame de urina: sem alterações.	Enfermeira Enfermeira Enfermeira

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro - Fone: 48 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 UNPJ: 04.511.566/0104-43

PROTUAÇÃO:

1277352

Internação:

101913

Nome: **MANOEL PEREIRA DE CARVALHO**

Residência: LOCALIDADE: RIBITIM - ZONA RURAL

Cidade: BARRAS - PI

CEP: 64100-000

NO: Nascimento: Idade: Estado Civil: Profissão:
Assinatura: 05/01/1955 61a:2m:27d Casado(a) APOSENTADO

Internação Alta Permanência

Data Hora Data Hora 7 dias
1/03/2016 16:49 10/03/16

Diagnósticos:

1 Principal: Refusar firm.

2 Secundário:

3 Causa Morte:

Cod. CID:

51820

SITUAÇÃO: ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):
Boa evolução

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA: Boa evolução

INDICAÇÕES:

URGIA: Data: / /

Tipo: Refusar firm.

ANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Ata atulada - ?
Segunda

po de Alta: () Curado (X) Melhorado () Pedido () Exatão () Administrativa
() Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Ja cedida por:

Transporte:

Ass. Médico Assistente Auxiliar/Residente

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM
Em: 29/03/16
Edna Maria de Sousa Silva
Módulo: 010050-2
CPF: 175.081.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME	MANOEL PEREIRA DE CARVALHO	DATA NASC.	CLÍNICA	ORTOPEDIA	ENFERMAGEM	105	MEDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	10/03/16	1	1	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO INTERDISCIPLINAR		
1- Dieta oral livre							
2- SF 0,9% 1000 ml EV p 24hs							
3- Cefalotina 1g - 1FA + AD EV 6/6H							
4- Ranitidina 50mg - 2ml + AD EV, 12/12 H							
5- Dexamet 500mg/ml - 1 amp + AD, EV, 6/6H							
6- Tramal 100mg - 1 amp + 100ml SF 0,9% EV 8/8H							
7- Passa 10mg - 1 amp + AD, EV, ate de 600, se maiores de 600ml							
8- LIQUEMINE 6000UI SC 12/12 HB							
9- Fisioterapia Motora e Respiratória							
10- Sinais vitais e Cuidados gerais							
11- Captopril 25mg - 01comp VO se PAS > 160 ou PAD > 110 mmHg							
12- CURATIVO							
ALTA DA ORTOPEdia							

Dr. Pôr de Celso Araújo

Dr. Pôr de Celso Araújo
Ortopedia e Traumatologia
Rua 14, nº 100
Bairro: São José
CEP: 64.000-000

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONF. EDNA MARRAS
Em, Edna Marras
Matrícula: 01.0069-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

**HOSPITAL GETÚLIO VARGAS**

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

GIN

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MANOEL PEREIRA DE CARVALHO** (Prontuário: 1277382)
Endereço: **LOCALIDADE BURITIZINHO - ZONA RURAL - BARRAS - PI CEP: 64100-000**
Nascimento: 05/01/1955 Idade: 61a/2m/28d Sexo: Masculino Origem: OUTRA UNIDADE Atendimento: 0
Regulatório: 242781 Solicitação: 04/03/2016 Solicitante: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO - JOELHO
Controle: 541277 Convênio: G U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: C202020380

Data Exame: 04/03/2016

HEMOGRAMA COMPLETO**ERITROGRAMA**

	Encontrado:	Referência:	Encontrado:	Referência:
erúncias:	4,58	4,5 a 6,0 milhões/mm ³		
Hemoglobina:	13,80	14,0 a 18,0 g/dL		
Hematócrito:	42,30	41 a 53 %		
Vol. Glob. Médio (VCM):	90,38	80 a 100 fL		
Hem. Glob. Média (HCM):	29,49	26 a 34 pg		
C. H. Glob. Média (CHCM):	32,62	31 a 37 g/dL		
OBSERVAÇÃO: Normocromia e Normocitose.				

LEUCOGRAMA

Leucocitria:.....			12300	4.000 - 11.000
Mielocitos:	0,0		0	0,0 - 8,0
Metamielocitos:	0,0		0	0,0 - 0,0
Basófilos:	0,0	0 a 3 %	0	0 - 3%
Eosinófilos:	3,0	1 a 5 %	369	40 - 350
bastonetes:	0,0	0 a 4 %	0	0 - 4%
Segmentados:	70,0	40 a 70 %	8610	1.600 - 7.700
Linfócitos:	20,0	20 a 50 %	2460	1.000 - 4.500
Monócitos:	7,0	2 a 10 %	861	80 - 1.000
OBSERVAÇÃO: MODERADA LEUCOCITOSE				

PLAQUETAS

Plaquetas:	259.000	150.000 a 450.000 /mm ³
VPM:	7,5	6 a 12 fL
Plaquetócrito:	0,194	0,141 a 0,261 %
PWD:	16,5	
OBSERVAÇÃO: Plaquetas morfolologicamente normais.		

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 29/03/2016
Edna Maria Lemos de Silva
Matrícula: 02.0065-9
CPF: 075.050.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

(PATIMA PEREIRA)

TERESINA - PI 04/03/2016

ANA MA. DA PONTE LOPES P. MEDEIROS

CPF: 114.780.413-87 CRF: 283

**HOSPITAL GETÚLIO VARGAS**

Av. Frei Serafim, 2332 Centro - Fone: 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.583.566/0104-43

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MANOEL PEREIRA DE CARVALHO** (Prontuário: 1277352)
Endereço: LOCALIDADE BURITIZINHO - ZONA RURAL - BARRAS - PI CEP: 64100-000
Nascimento: 05/01/1955 Idade: 61a2m28d Sexo: Masculino Origem: OUTRA UNIDADE Atendimento: 0
Requisição: 242751 Solicitação: 04/03/2016 Solicitante: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO - JOELHO
Convênio: SUS

UREIA

Controle: 541262 Cod. SIA: 0202010694 Data Exame: 04/03/2016

	Encontrado:	Valor de Referência:
UREIA: (mg/dl).....	35,0	Criança 8 a 36 mg/dl - Adulto 15 a 45 mg/dl

MATERIAL: Soro - MÉTODO: Enzimático

CREATININA

Controle: 541263 Cod. SIA: 0202010317 Data Exame: 04/03/2016

	Encontrado:	Valor de Referência:
Creatinina: (mg/dl).....	6,90	0,4 a 1,3 mg/dl

MATERIAL: Soro - MÉTODO: Colorimétrico

GLICOSE

Controle: 541264 Cod. SIA: 0202010473 Data Exame: 04/03/2016

	Encontrado:	Valor de Referência:
Glicose: (mg/dl).....	69	70 A 99 mg/dl

MATERIAL: Soro - MÉTODO: Bondar e Mead modificado

(216)

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em: 04/03/2016
Edna Maria Macedo Silva
Matrícula: 319065-9
CPF: 175.080.303-57
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Folha: 3 de 3

TERESINA - PI 04/03/2016

Profissional Responsável

Relatório de Conto 140.

67 C

05

103116

HOSPITAL GETÚLIO VASQUES
CONFERE COM ORIGINAL
Edna Maria de Silva
Matrícula: 000065-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Handwritten medical notes on a grid background, likely a patient's chart or report. The text is written in cursive and spans several lines across the grid.



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 200 - Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-900 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Pág. 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MANOEL PEREIRA DE CARVALHO** (Prontuário: 1277352)
Endereço: LOCALIDADE BURITIZINHO - ZONA RURAL - BARRAS - PI CEP: 64100-000
Nascimento: 05/01/1955 Idade: 61a:2m:2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 101913
Requisição: 242851 Solicitação: 05/03/2016 Solicitante: JOSE WILSON RODRIGUES - COLUNA
Controle: 541684 Convênio: S U S (CLÍNICA PARA TRANSFERÊNCIA) (CMF DE (LEITO

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080117

FÊMUR DIREITO

Data Exame: 05/03/2016

61

Exame radiológico através do aparelho ortopédico. Fratura distal do fêmur direito. Presença de placa e de parafusos metálicos para correção da fratura.

Conclusão: fratura óssea. Exame de Controle.

(PUELE)

TERESINA - PI 07/03/2016


MANOEL ANTONIO GOMES DE CASTRO
CPF: 086.348.583-91 CRM 805 - PI
Profissional Responsável

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE CÓPIA ORIGINAL
Car. 29/03/16
Edno Maria André Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 075.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Solicitação de Acompanhante



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2332 Centro - Fone: 84 3221-3049
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 00.583.864/0104-43

Prontuário:

1277352

Interação:

101913

Nome: **MANOEL PEREIRA DE CARVALHO**

End. Resid.: LOCALIDADE BCRITIZINHO - ZONA RURAL

Cidade: BARRAS - PI

CEP: 64100-000

Sexo:
Masculino

Nascimento:
08/01/1958

Idade:
56:0m:27d

Estado Civil:
Casado(a)

Profissão:
APOCRIPTADO

Justificativa:

Data

Assinatura

03/03/16

Edna Maria Silva

Data: / /

Ass. Médico Solicitante

Auditor

Data: / /

Assinatura - CPF

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 12/03/16
Edna Maria Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Manoel Pereira de Carvalho brasileiro, estado,
representado, com RG nº 763.380 e CPF nº 199.694.303-00 residente
e domiciliado na localidade de Burdigalho, zona rural, Barra - PI

OUTORGADA: ISLANNY OLIVEIRA SANTOS, brasileira, solteira, Advogada, inscrita nos quadros da OAB/PI sob o nº 13293, portadora do CPF nº 029.307.413-50, com escritório profissional a rua 10 de novembro, nº 385 Prédio, 1º andar sala 01, Centro, Barra PI, e-mail: islannyoliveira@outlook.com;

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para o foro em geral, e especialmente

para:

Ação de concessão de DPAT

podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, sendo o presente instrumento de mandato, oneroso e contratual, podendo substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, dando tudo por bom, firme e valioso.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes para, em nome do outorgante, receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica. (Em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC/15).

Os poderes específicos acima outorgados poderão (ou não poderão) ser substabelecidos.

Barra-PI, 19 de outubro de 2017

Manoel Pereira de Carvalho

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,

Manoel Pereira de Carvalho, brasileiro, casado, aposentado
com RG n: 863.180 e CPF n: 199.694.303-00 residente na loc.
aldeia Burdizinha, zona rural, Bomar - PI DECLARO que, em função de
minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas
processuais, sob pena de implicar em prejuízos próprios e de minha família, nos termos
do artigo 5º LXXIV, da Constituição da República e da lei Nº 1060/50.

Por ser a expressão da verdade, assino a presente declaração para que
produza seus efeitos legais.

Teresina- PI, 10 de setembro 2017.

Manoel Pereira de Carvalho





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

1156 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000479/2016-66

Unidade Policial: DELEGACIA DE POLÍCIA DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Geraldo Magela Veras Neto

Data/Hora: 06/04/2016 - 08:19

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BARRAS

Data/Hora

26/02/2016 - 17:30 P.S.

Tipo Local

OUTROS

Município

BARRAS

Endereço

LOCALIDADE BRUTIZINHO, Nº

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

RESIDENCIA ELIANE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MANOEL PEREIRA DE CARVALHO

RG: 863.180 SSP-PI

Mãe: FRANCISCA FERREIRA DA SILVA

Pai: SEBASTIÃO PEREIRA DE CARVALHO

Endereço: LOCALIDADE BRUTIZINHO, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA 125 FAN

Ano: Placa:

2014 OE18532

Chassi:

9C2JC4160ER024351

Renavam:

01006474096

Cor:

Vermelha

Condutor: MANOEL PEREIRA DE CARVALHO

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Proprietário: JOSE MARQUES DA SILVA

Cidade: BARRAS UF: Bairro: NÃO INFORMADO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA LOCAL PARA INFORMAR QUE NO DIA 26/02/2016 ÀS 17H30MIN, O NOTICIANTE TRAFEGAVA PELA ESTRADA CARROÇAVEL DA LOCALIDADE BRUTIZINHO, ZONA RURAL DESTE MUNICIPIO DE BARRAS-PI, QUE AO CHEGAR PRÓXIMO A RESIDENCIA DA SENHORA "ELIANE", BATEU EM UMA ARVORE QUE ESTAVA CAIDA NO MEIO DA ESTRADA CAUSANDO A QUEDA DO NOTICIANTE; QUE APOS O ACIDENTE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS ATÉ O HOSPITAL LEONIDAS MELO NESTA CIDADE DE BARRAS-PI, ONDE O NOTICIANTE FOI EXAMINADO E SUBMETIDO A RAIOS-X DA PERNA DIREITA SENDO CONSTATADO FRATURA, SENDO ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS(HGV), ONDE FICOU ENTENADO SOBRE MEDICAMENTOS E SUBMETIDO A CIRURGIA DA PERNA FRATURA, FICANDO POR VARIOS DIAS ENTENADO SOBRE MEDICAMENTOS SENDO MEDICADO E LIBERADO. ERA O QUE TINHA A DECLARAR.

Geraldo Magela Veras Neto - Mat. 2861941
AGENTE DE POLÍCIA

MANOEL PEREIRA DE CARVALHO - Notificante
Responsável pela Informação



10-20 como próprio

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL LEÔNIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ




FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: <u>H. H. L. 1/1/16</u>	Para: <u>H. G. V.</u>
Nome da pessoa encaminhada: <u>Renilson Nunes Cavalcante</u>	Registro: <u>701601260087</u>
Motivo do encaminhamento: <u>Exame de rotina - 1/3/16</u> <u>Exame D.</u>	
Observações: <u>2 - Data de retorno</u>	
Data: <u>05/05/16</u>	Obs: Deve ser arquivado no centro de Saúde Unidade Mista e Hospital Local ou Regional.
Resp. p/ encaminhamento: <u>[Assinatura]</u>	

FICHA RETORNO

Da Unidade:	Para:
Nome do Cliente:	Registro Original:
Diagnóstico e Orientações: <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	
Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Obs: Esta ficha deverá ser devolvida no Hospital de origem através do próprio Paciente devidamente fechada.
Resp. p/ diagnóstico: <u> </u>	


d-01



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO - HRLM
BARRAS - PIAUÍ

REQUISICÃO DE EXAMES

SUS



HOSPITAL REGIONAL
LEÔNIDAS MELO - HRLM

NOME *Mangel Pereira de Carvalho*

IDADE _____

ENDEREÇO _____

DADOS CLÍNICOS

DADOS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS) *Exames de Urina e Urina à diueto.*

DATA *29/02/16*

SEXO ☒ MASC. ☐ FEM. **CLÍNICA** _____

☐ AMBULATORIO ☒ INTERNADO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA _____

Dr. Ricardo Rogério L. de Oliveira

Rodolfo 6230

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)

PACIENTE: MANOEL PEREIRA DE CARVALHO
MÉDICO SOLICITANTE: GLAUSON NASCIMENTO
CÓD.PAC.: 133940 DATA: 03/01/2017



RX DIGITAL FÊMUR DIREITO (2 INC)

RELATÓRIO:

- Redução da densidade óssea.
- Controle evolutivo de fratura segmentar da diáfise femoral com afastamento e cavalgamento dos fragmentos na extremidade inferior.
- Osteófitos marginais no fêmur distal.
- Orifícios de osteotomia prévia no fêmur.
- Redução do volume das partes moles da perna.
- Superfícies e demais espaços articulares conservados.
- Ausência de calcificações peri-articulares.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Redução da densidade óssea.
- Controle evolutivo de fratura segmentar da diáfise femoral com afastamento e cavalgamento dos fragmentos na extremidade inferior, sugerindo pseudoartrose.
- Osteófitos marginais no fêmur distal.
- Orifícios de osteotomia prévia no fêmur.
- Redução do volume das partes moles da perna.

Dr. Ael' Lázaro V. Filho
CRM-2661

Dr. Charles A. B. Veloso
CRM-2954

Dr. Fábio A. C. Madros
CRM-2552

Dr. Francisco C. de Silva Júnior
CRM-6582

Dr. Wilson C. T. Rodrigues
CRM-2631


Dr. Igor Brito Cavale
CRM-3851

Dr. Joyce Dantas Gomes
CRM-4278

Dr. Luciano P. Dam
CRM-4654

Dr. Roberto W. M. Santos
CRM-4654

Dr. Roberto C. T. Santos
CRM-4654


DR. CHARLES A. BOMFIM VELOSO
CRM: 2954

- ULTRA-X CENTRO - Rua Avelino de Azevedo 585 - Jd. Gervásio
- ULTRA-X JOCKEY - R. da Argélia 318 - Jockey
- ULTRA-X MEDICAL LESTE - Av. Ayrton Senna 1400, 2º andar, Jockey

☎ 3194.5555
clínicaultra-x.com

PACIENTE: MANOEL PEREIRA DE CARVALHO
MÉDICO SOLICITANTE: GLAUSON NASCIMENTO
CÓD.PAC.: 133940 DATA: 03/01/2017



RX DIGITAL JOELHO DIREITO (2 INC)

RELATÓRIO:

- Redução da densidade óssea.
- Controle evolutivo de fratura segmentar da diáfise femoral com afastamento e cavalgamento dos fragmentos na extremidade inferior.
- Sinais de artrose do joelho, caracterizada por:
 - * osteófitos marginais;
 - * redução dos espaços articulares.
- Orifícios de osteotomia prévia no fêmur.
- Redução do volume das partes moles da perna.
- Ausência de calcificações peri-articulares.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Redução da densidade óssea.
- Controle evolutivo de fratura segmentar da diáfise femoral com afastamento e cavalgamento dos fragmentos na extremidade inferior, sugerindo pseudoartrose.
- Artrose do joelho.
- Orifícios de osteotomia prévia no fêmur.
- Redução do volume das partes moles da perna.

Dr. Artur Lúcio V. Filho
CRM 2537
Dr. George T. Rodrigues
CRM 2537
Dr. Robert W. M. Jordan
CRM 2465

Dr. Charles A. B. Veloso
CRM 2954
Dr. Igor Rêgo Cordeiro
CRM 3651
Dr. Roberto C. T. Santos
CRM 4619

Dr. Fábio A. C. Martins
CRM 2632
Dra. Joyce Barbosa Gomes
CRM 4274

Dr. Francisco C. de Sá Junior
CRM 5302
Dra. Luciana P. Dias
CRM 4594

DR. CHARLES A. BOMFIM VELOSO
CRM: 2954

• ULTRA-X CENTRO - Rua Aracati, 141 - Bairro São - Centro/aul
• ULTRA-X JUCKREY - Rua Angélica, 518 - Juckrey
• ULTRA-X MEDICAL ESTE - Av. Aracati, 141 - Bairro São - Centro/aul

3194 5555
clinicaultra-x.com.br

DECLARAÇÃO DE LAUDO DO IML

Eu, Manoel Pereira de Carvalho, portador da carteira de identidade nº 863.180, e inscrito no CPF/MF sob o nº 199.694.302-00, residente e domiciliado na Rua do Sudo, Cidade Parnaíba, Estado Piauí, 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 5.194/74), 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 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.

Manoel Pereira de Carvalho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

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, Marcos Pereira de Carvalho,
PORTADOR(OR) DO RG Nº _____ EXPEDIDO POR _____ EM 09/04/13 E
CPF 194694302-00 / CNPJ _____, PROFISSÃO Indicador
E RENDA MENSAL DE R\$ _____, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcos Pereira de Carvalho, 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 do perfil e da faixa de renda mensal.

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5292-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 94108-7

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

07 de Abri de 2016 LOCAL E DATA
Marcos Pereira de Carvalho ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Manoel Passos de Carvalho
 DATA DO ACIDENTE 26/02/16 CPF DA VÍTIMA 399.694.303-00
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PAUTISTICO COM
 A VÍTIMA É Manoel Passos de Carvalho
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua do Jato
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO Engenheiro
 CIDADE Bom Jardim UF PE CEP 64.100-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (56) 99409-9926

NÃO É OÚ PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXIBIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEREA DE IDENTIDADE (A VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO) OU CARTEREA DE
 TRATAMENTO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () IMPL (IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML) DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO 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 (EPIFÂNIA)
 () BOLÉTIN DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA
 (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / ORÇAMENTO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM
 OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO
 DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUAL REPRESENTA VÍTIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXIBIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEREA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA
 DE TRATAMENTO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓFISICAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O
 TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (FÓRUMS E LEGÍVEL) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUIRÚRGICAS
 () NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEL) DE FARMÁCIAS, DISTRIBUIDORES DO RECEPTIVO RECEPTUÁRIO MÉDICO (CÓPIA
 SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA
 (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / ORÇAMENTO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE
 COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO
 DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA 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 E QUAL REPRESENTA VÍTIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- INVALIDEZ PERMANENTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VAIÁ COMPROVA E A GRANTADORA
 DAS LESÕES E DE ACORDO COM TRATADO DE SEGURO PRESTADO NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (FÓRUMS + RECEPTUÁRIO) = R\$ 2.700,00 (PREVIDENCIAL, ESTE VALOR
 VAIÁ COMPROVA O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS).

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTÍNUOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO
 COMPLETA (A SEGURADORA LÍDER - DPVAT)
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, POSSÍVEL SER SUJEITOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS
 LISTADOS NESTE FOLHETO
- PARA ACOMPANHAR O PROCESSO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATREGULADORIA.COM.BR OU LIGUE
 GRÁTIS SAC 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA _____

NOME _____

NOME _____

ASSINATURA

Manoel Passos de Carvalho

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Marques da Silva
RG nº 57.520.044.3 data de expedição 24/05/13
Órgão _____, portador do CPF nº 74119962300, com
domicílio na cidade de Barra no Estado de
Piauí onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Barra Chiqui Chiqui nº 514
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima marcelo pereira de carvalho o condutor era
ele

Veículo: motocicleta
Modelo: HONDA/CG 125
Ano: 2014
Placa: OEI-8532
Chassi: 9C2JC4166R024351
Data do Acidente: 26/24 março/2016
Local e Data: 06 de abril de 2016

José Marques da Silva
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor [caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro]

RECONHECIMENTO DE FIRMA
José Marques da Silva
em 06 de abril de 2016
Sendo - 06/04/2016
Walton Brito Silveira
Oficial designado



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

(/Pages A A ●)
/Acessibilidade.aspx)(/Pages
/Atalhos-
COMO PEDIR INDENIZAÇÃO
de-Teclado.aspx)

Nova Consulta

Documentos Despesas
Médicas (/Pages
/Documentacao-
Despesas-
Medicas.aspx)Documentos Invalidez
Permanente (/Pages
/Documentacao-
Invalidez-
Permanente.aspx)Documento Morte
(/Pages
/Documentacao-
Morte.aspx)Dicas Indispensáveis
(/Pages/Dicas-
Indispensaveis-
Para-Pedir-
a-Indenizacao.aspx)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160492906 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MANOEL PEREIRA DE CARVALHO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADORA S/A**BENEFICIÁRIO** MANOEL PEREIRA DE CARVALHO**CPF/CNPJ:** 19969430300

Resposta em 06/10/2017 09:23:03

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](#)
[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx\)](#)
[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)

carta enviada ao beneficiário.

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. ([/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#))

01/2026 8.00