



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
39688 10	10/01/2019 12:32	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
10385 28	22/03/2018 08:36	<a href="#">Substabelecimento</a>	Substabelecimento
10385 61	22/03/2018 08:36	<a href="#">Substabelecimento</a>	PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS
78605 1	25/01/2018 09:08	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
57136 3	17/11/2017 12:10	<a href="#">Documentos</a>	Documentos
57137 8	17/11/2017 12:10	<a href="#">Doc. 05 - Prontuario 01-ilovepdf-compressed-1-05</a>	Documentos
57139 2	17/11/2017 12:10	<a href="#">Doc. 06 - Prontuario 01-ilovepdf-compressed-6-10</a>	Documentos
57139 8	17/11/2017 12:10	<a href="#">Doc. 07 - Prontuario 02-ilovepdf-compressed-1-6</a>	Documentos
57140 2	17/11/2017 12:10	<a href="#">Doc. 08 - Prontuario 02-ilovepdf-compressed-7-12</a>	Documentos
57140 7	17/11/2017 12:10	<a href="#">Doc. 09 - Prontuario 04-ilovepdf-compressed-1-7</a>	Documentos
56519 8	16/11/2017 10:38	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
56522 5	16/11/2017 10:38	<a href="#">Doc. 01 - Procuração manoel pereira</a>	Procuração
56523 0	16/11/2017 10:38	<a href="#">Doc. 02 -Declaração de hipossuficiencia</a>	Documentos
56523 2	16/11/2017 10:38	<a href="#">Doc. 03 - Doc pessoais</a>	Documentos
56523 4	16/11/2017 10:38	<a href="#">Doc. 04 -Boletim de ocorrencia</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
56527 2	16/11/2017 10:38	<a href="#">Doc. 07 - Prontuario 03</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
56526 7	16/11/2017 10:38	<a href="#">Doc. 09 - Raio x</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
56526 5	16/11/2017 10:38	<a href="#">Doc. 10 - Documentacao DPVAT-ilovepdf-compressed</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
56526 2	16/11/2017 10:38	<a href="#">Doc. 11 - Indeferimento</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

56526 0	16/11/2017 10:38	<a href="#">Doc. 12 - Comprovante de endereço</a>	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 Substabelecente, 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 Reim de Carvalho DN: 1

DO: CENTRO CIRÚRGICO

PARA CLÍNICA: \_\_\_\_\_ 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 encaminhá-lo ao 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 preparar para o transporte do paciente e encaminhá-lo à clínica ou setor de radiologia (se necessário).	<input checked="" type="checkbox"/>

ASSINATURA DO (S) ENFERMEIRO (A) E CARIMBO	ASSINATURA DO (A) TÉCNICO (A) DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM E CARIMBO
	 HOSPITAL GETÚLIO VARGAS CONFERE COM ORIGINAL Em, <u>Edna Maria</u> Edna Maria Matrícula: 03065-9

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

375-050-303-07  
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 \_\_\_\_\_  
devido 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. Pré e Pós Operatório
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em \_\_\_\_\_  
Edna Maria \_\_\_\_\_  
Matrícula: 019065-9  
CPE: 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*  
**Clara Francisco dos Santos Leal**  
DIRETORA GERAL  
CNPJ nº 08.596.593-72

Paciente ou Responsável e RG  
\_\_\_\_\_  
Dr. *Roberto*  
Médico Responsável - CRM  
\_\_\_\_\_  
TEOD 13.584

*Graciela*  
Dr. **Graciela Barreto de Amorim Júnior**  
DIRETOR TÉCNICO ASSISTENCIAL  
CRM nº 15.98



HGV

AUX 0385 0921 020

REGISTRO

ADU DO PIAUI  
RGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

NOME: Manoel Pereira de Carvalho DATA DE NASC. 1/1/

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: Fratura fêmur

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: OK

CIRURGIA: fixações externas fêmur Nº SALA: 09

CIRURGIÃO: Dr. Gláucio Nascimento CRM-PI: \_\_\_\_\_  
Ortopedia / Traumatologia

AUXILIARES: Dr. Bryan

INSTRUMENTADORA Fátima Sobrinho CIRCULANTE: Madalena

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: 1) Paciente com membro  
2) Inertes no local de fratura  
3) Fixação externa fêmur  
4) Sutura

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATORIAS: Não

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO: \_\_\_\_\_

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

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: ( ) SIM ( ) NÃO QUAL? \_\_\_\_\_

DATA: 05/03/16 HORA: \_\_\_\_\_

Dr. Gláucio Nascimento  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI 2775 / TEOT 10604

CIRURGIÃO (Assinatura e Carimbo)

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



No. de Autorização de Internação Hospitalar: ACH

**AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

AIH : 221610019804-B  
UNI : HGV

Orgão Emissor: 827112994

Identificação do Estabelecimento de Saúde		REGISTRO	
1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL GETULIO VARGAS</b>	MANOEL PEREIRA DE CARVALHO	05/01/1955	101913
1-Nome do estabelecimento executor: <b>HOSPITAL GETULIO VARGAS</b>	3.LINHA: 21/03/2016 DT. LAUDO: 03/03/2016 PROCED.: 0408940050 ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL UP.SIST: J. SANTOS CID: 8720	Dr. Wilson Rodrigues Médico Residente - ORTOPEDIA CRM: 227.587/2013-15 CBO: 312031000 RSG, MEDICO RESPONSÁVEL	
3-Nome: <b>MANOEL PEREIRA DE CARVALHO</b>		4 - Prontuário: 1277352	
7-CBS: 388009746033552	8-Nascimento: 05/01/1955	9-Sexo: Masculino	CPF: 199.694.303-00
11-Nm: FRANCISCA FERREIRA DA SILVA			12-Poss: 86-99504-9019
13-Comp: SILMAR SILVA CARVALHO (FILHO)			14-Com: Sem Informacao
15-Ende: 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:  
*Perda de função de 2 joelhos*

21 - Condições que justifiquem a internação:  
*Artrite*

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

23-Diagnóstico Inicial:  
Fratura do colo do fêmur  
24-CID 9.10: 8720 25-CID Dec.: 26-CID 7.000.1

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

28-Cod.Proced.: 0408940050	29-Procedimento Solicitado: ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 184.008.173-20	
29-Clinica: (CLINICA PARA TRANSFERENCIA)	30-Caracter: Ident.: 02 01	33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: WILSON RODRIGUES - COLUNA	
34-Data Solicitação: 03/03/2016		35-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

34- ( ) Acidente de Trânsito	35-CBO Segurado:	36-30-Estado:	37-34-Data:
37- ( ) Acidente Trabalho Típico	38-CBO Express:	39-CIAD Express:	34-CBO:
38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto	45 - Veículo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Não Empregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado		

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador: *Wilson Rodrigues*

48-Documento: ( ) CMS ( ) CPF

49-Num. Documento:

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:  
*- Silmar Silva Carvalho*

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em: 03/03/2016  
Edna Maria Andrade Silva  
Matr. Méd. 019082-9  
CPF: 278.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



# BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 05/07/16  
 HORA: 14:00

PACIENTE: RAFAEL ALBERTO DE CARVALHO  
 PROCEDIMENTO: RETORNO DE CURSO  
 IDADE: 1 DATA DE NASC: 1 PESO: 1 EST-0:  
 ESTADO FÍSICO ASA: 1

PC	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS
<u>100</u>	<u>18</u>	<u>36,3</u>			
PRÉ-COLOMBIA	VERBAIS	GLUCEMIA	UREIA	CREATININA	
<u>100</u>	<u>18</u>				

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

CAUSA ANESTÉSICA: RETORNO DE CURSO  
 AÇÕES: 1. INSTRUÇÃO  
 SCS  PVC  Oxímetro   
 PAM  BANI  Capnógrafo

GASES	Fluxo	Volú	Tem	Tempo
Oxigênio				
Ar Medicinal				

### EDICAMENTOS UTILIZADOS

Atroquina	amp	Dopamina	amp	Neostigmina	amp	Remifentanyl	tr
Adrenalina	amp	Dormonid	amp	Nitride	amp	Ranitidina	amp
gua Dec. 10ml	amp	Efortil	amp	Noradrenalina	amp	Ringer-Lactado	tr
Ipro 500mg	tr	Efedrina	amp	Neocaina 0,2%	amp	Sufentanil	amp
efazolina 3g	amp	Fentanyl (s/ con.)	amp	Neocaina 0,5%	amp	S.Fisiológ. 0,9%	tr
lorazepam	amp	Fentanyl (frasco)	tr	Omeprazol	tr	S.Glicosado 5%	tr
hidralazina	tr	Sevofurano	tr	Pancurônio	amp	Tracrium	amp
clonidina	amp	Hidroclortisona	tr	Propofol	amp	Transamin	amp
metoprolol	amp	Isoflurano	tr	Pentamina	amp	Novabup 0,5%	tr
propofol	amp	Manitol	tr	Qualicín	tr	Udocaina 2%	tr
norf	amp	Meltronidazol	tr	Quetamina	tr		
lorazepam	amp	Narcan	tr				
butamirana	amp						

*[Assinatura]*  
 Anestesiologista - RM

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
 CONFERE COM ORIGINAL  
 Edna Maria de Souza  
 Anestesiologista - RM  
 019055-9  
 080.208-97

## AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



**HOSPITAL GETULIO VARGAS**  
 Av. Frei Serafim, 2153 Centro - Fone: 84 3221-3040  
 TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 08.523.654/0104-63

Prontuário: <b>1277352</b>
Internação: 203713

Nome: <b>MANOEL PEREIRA DE CARVALHO</b>				
End. Resid.: LOCALIDADE BURITIZINHO - ZONA RURAL				
Cidade: BARRAS - PI			CEP: 64100-000	
Sexo: Masculino	Nascimento: 05/01/1955	Idade: 61a:2m:27d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: APOSENTADO
Cadastro: 24/10/2012	G.Instrução: Fundamental	Fone: 86-99566-9020	Cartão SUS (CNS): 898003740653593	Documento: CPF: 189.494.303-09
Pai: EDASTAS PEREIRA DE CARVALHO				
Mãe: FRANCISCA PEREIRA DA SILVA				
Cônjuge:				
Responsável: ZILMAR SILVA CARVALHO (FILHO)				
End. Responsável: LOCALIDADE BURITIZINHO - ZONA RURAL BARRAS - PI			64100-000	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">Jesus</p> <p>Funcionário do SAME</p> </div> </div>				

QP:	
H.D.A.	
ANT. PESSOAIS:	
ANT. HEREDITÁRIOS:	
EXAME FÍSICO:	
GERAL:	
CABEÇA E PESCOÇO:	
TÓRAX:	
ABDOMEN:	
MEMBROS:	
GENITAIS:	
ESPECÍFICOS:	
DIAGNÓSTICO:	
PLANO TERAPÊUTICO:	

**HOSPITAL GETULIO VARGAS**  
**CONFERE COM ORIGINAL**  
 Em: 10/11/2012  
 por: F. Silva  
 Matrícula: 19065-9  
 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

106-04

~~222-04~~

Manoel Peneira de Carvalho



Dr. Jose Wilson

PRONTUÁRIO MÉDICO

U

alta OK  
88859

03

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em, Edna Maria Andrade Silva

Matrícula: 019065-9

CPF: 279.080.303-97

CÓPIA DE PRONTUÁRIO

MOD. 01 - HGV

HGV

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE 7 DE INTERNAÇÃO HOSPIT

Grupo Emissor: R21119901

AIH : 22161001V804-B  
UNI : HBV

Identificação do Estabelecimento de Sa  
1-Nome do estabelecimento solicitante:  
**HOSPITAL GETULIO VARGAS**  
1-Nome do estabelecimento assistente:  
**HOSPITAL GETULIO VARGAS**

NOME DO RESPONSÁVEL  
MANOEL PEREIRA DE CARVALHO

05/01/1955

8-LINHA: 21/03/2016 DT. LAUDO : 03/03/2016  
PROCED. : 0408040950 ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL  
OP. SIST: J. SANTOS  
CID : 8720

Dr. Francisco Carlos B. Sousa  
Médico Residente - ORTOPEDIA  
R. S. MEDICO RESPONSÁVEL

Cligo da  
Cernação:  
101913

5-Nome: MANOEL PEREIRA DE CARVALHO

6 - Prontuário: 127132

7-CMS: 898063740453392 8-Nascimento: 05/01/1955 9-Sexo: Masculino CPF: 199.498.303-00  
11-Não: FRANCISCA PEREIRA DA SILVA 12-Poss: 86-59506-9020  
14-Resp: SILMAR SILVA CARVALHO (FILHO) 14-Cor: Sem Informacao  
15-Endaz: LOCALIDADE MURITIZINHO - 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:

*Fratura completa de fêmur*

21 - Condições que justifiquem a internação:

*Fratura*

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

*Fratura*

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura do colo do fêmur

24-CID 10: 8720 25-CID Sec.: 26-CID C.Asa.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:  
0408040950 ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL

29-Clinica: 30-Caracter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. NAd. Sublic.:  
(CLINICA PARA TRANSFERENCIA) 02 01 CPF 184.008.173-20

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:  
WILSON RODRIGUES - COLUNA 03/03/2016

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ( ) Acidente de Trânsito 39-CMS Secundária: 40-No. Emissão: 41-Série:  
37- ( ) Acidente Trabalho Típico 42-CMS Repres.: 43-CRAS Repres.: 44-CRUR:  
38- ( ) Acidente Trabalho Trajetu  
42 - Vínculo com a Previdência:  
( ) Regulado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desregulado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

44 - Nome do Profissional Autorizador:

*Manoel Pereira de Carvalho*

45-Documento: 49-Mat. Documento:

1-CMS | 1-CPF

50-Ass. Carinho (R\$ Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

*Silmar Silva Carvalho*

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em: 03/03/2016  
Edna Maria Andrade Silva  
Matrícula: 019088-9  
CPF: 278.080.303-97  
CÓDIGO DE PRONTUÁRIO

BOLETIM DE CIRURGIA

CLINICA: Gineco / Orf. 222 LEITO: 04 PRONTUÁRIO: J277352

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

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: 0 unco

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: OK

CIRURGIA: Ortopediase de femur + fixação externa Nº SALA: 09

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

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

INSTRUMENTADORA: Fátima Sobrinho CIRCULANTE: Madalena

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: 1) Posiciona o h unco

- 2) Incisão em coxa direita
- 3) Abre o
- 4) Redução de fratura
- 5) Craniotomia + tratamento orlo
- 6) Sutura

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATORIAS: Não

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO: 0 unco

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. Glaucio Nascimento  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI 2775 / TEOT 10604  
Assinatura e Carimbo

HOSPITAL GETULIO VIANA  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em, 05/03/16  
Edna Maria de Siqueira  
Matricula: 015065-9  
CPF: 275.080.803-67  
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS



EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

TRATAMENTO REALIZADO

770 cateter

PROCEDIMENTO REALIZADOS

- CONSULTA BÁSICA
- AEROSOL
- DRENAGEM DE ABCESSO
- RETIRADA DE CORPO ESTRANHO
- PEQUENA CIRURGIA
- SUTURA SIMPLES
- TERAPIA MEDICAMENTOSA
- PACIENTE EM OBSERVAÇÃO
- CONSULTA CIRURGIA
- CONSULTA ORTOPEDISTA
- SUTURA COM DEBRIDAMENTO
- IMOBILIZAÇÃO GESSADA

DATA 26.02.16

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

2. Silva

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE

*[Handwritten signature]*



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS MELO  
BOLSAIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL  
E DE URGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Márcel Pinheiro de Carvalho  
 DATA DE NASCIMENTO: 05/01/55 PROFISSÃO: - SEXO:  MASC  FEM  
 RAÇA/COR: (1) BRANCA (2) PRETA (3) PARDA (4) AMARELA (5) INDÍGENA

CARTÃO DO SUS: 710.26101710.089.616.9441  
 CPF/IRG: 863.380 TELEFONE: \_\_\_\_\_

FILIAÇÃO: \_\_\_\_\_  
 MÃE: Francisca Ferreira da Silva  
 PAI: Sebastião Pereira de Carvalho  
 ENDEREÇO: Loc. Bunitzinha

BAIRRO: \_\_\_\_\_ NÚMERO: \_\_\_\_\_  
 MUNICÍPIO: BARRIOS ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO: 26.02.16 HORA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DO ATENDIMENTO

set. Abscissa

DIAGNÓSTICO

Parotidite



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*  
 Médico  
 CRM-PI 6230

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

Ab: \_\_\_\_\_  
 Data: 24/12/2011  
 Hora: 20:00

**BOLETIM DE ADMISSÃO**

**4307 - MANOEL PEREIRA DE CARVALHO**

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

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

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Médico: 3 - MEDICO PLANTONISTA

CPF: RR 493 180 - CNS: 09603740603692 - SIS Prenatal: \_\_\_\_\_

Endereço: LOC BURITIZINHO Nº 0 - CEP: 64100-000 - Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2201200 - BARRA D'ÁZUL - Profissão: \_\_\_\_\_ - Telefone: ( ) -

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

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

Diagnóstico Inicial: - 0009 - DOENÇA INFORMADA

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

Resultado

<input type="checkbox"/>	Curado	<input checked="" type="checkbox"/>	Demovido	<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"/>	Falecido	<input type="checkbox"/>	Indeclipsaria		

Transferido

**História Clínica**

*Setor Manutencão Pl. HVT para  
 no ambulatório ambulância*

Diagnóstico Provável

*[Assinatura]*  
 MEDICO PLANTONISTA

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

1 - NOME DO PACIENTE: FRANCISCA FERREIRA DE CARVALHO  
 2 - ENDEREÇO: RUA ... Nº ...  
 3 - CID PRINCIPAL: S33.21  
 4 - CID SECUNDÁRIO: V99.9

5 - Nº DO PRONTUÁRIO: 4307  
 6 - DATA DE NASCIMENTO: 08/01/1958  
 7 - SEXO:  M  F  
 8 - Nº DO BEM: 2  
 9 - TELEFONE DE CONTATO: (85) 3485-2630  
 10 - UF: PI  
 11 - CEP: 54100-000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

*Deixou de responder a medicação e passou a ficar mais agitado.*

**RELAÇÃO DE EXAMES REALIZADOS**

*As admitir*

**ANAMNESE (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)**

12 - CID PRINCIPAL: S33.21  
 13 - CID SECUNDÁRIO: V99.9  
 14 - CAUSAS ASSOC: V99.9

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: INTERNAÇÃO  
 16 - DOCUMENTO: 030801001-9  
 17 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 15/04/2013  
 18 - CID PRINCIPAL: S33.21  
 19 - CID SECUNDÁRIO: V99.9

**INFORMAR EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

20 - Nº DA SEGURODORA: \_\_\_\_\_  
 21 - Nº DO BÊNITO: \_\_\_\_\_  
 22 - SÉRIE: \_\_\_\_\_  
 23 - CNAB EMPRESA: \_\_\_\_\_  
 24 - CNOR: \_\_\_\_\_  
 25 - CATEGORIA:  EMPREGADO  EMPREGADOR  AUTÔNOMO  DESEMPREGADO  APOSENTADO  NÃO SEGURO

**AUTORIZAÇÃO**

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

**Vitor Emanuel de Sousa Ferraz**  
 MÉDICO AUDITOR  
 CRM - PI 4669  
 CEP 64.061-003-91



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: hrleonidasmeio@hotmail.com



HOSPITAL REGIONAL  
 LEÔNIDAS MELO - HRLM

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

NOME DO PACIENTE: Arnold Pereira de Carvalho ENFERMARIA / LEITO: 04101 Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_  
 NOME DO MÉDICO: \_\_\_\_\_

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO	OBSERVAÇÕES
02/16	1) Bula de livre 2) Dipiroxolona 2.5% 6bb 3) Voltare TS 750 10 do. 55 4) AGUA 750 500ml	<del>18:30</del> 18:30	18:30 Segue com bula - com 10 de dipiroxolona dando 2x de 6bb de 550ml com 10 de 550ml
	Dr. Lázaro Janari MÉDICO CRM-PI 20841/2000-5991	18:30	18:30 PA 130 x 70 mmHg TA: 36/60
		19:35	19:35 paciente sentiu sem dor e sem sem queixas de queixas de queixas
		19:30	19:30 Segue com bula de 550ml com 10 de 550ml
		19:35	19:35 paciente segue com bula de 550ml de 550ml

vire





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	HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES
	<i># Fwrtm de piam à D</i>		<i>6/15 Evolução com febre</i>
	<i>① Vitam. oral leve</i>		<i>luz no NTJ</i>
<i>27</i>	<i>② Voltaren 75mg - 1mg } 1x, 12/12h</i>	<i>14:00</i>	<i>aparece sinais</i>
<i>02</i>	<i>Desacetilato de paracetamol</i>	<i>16:00</i>	<i>de desidratação</i>
<i>16</i>	<i>③ Pipranona 500mg - 1mg + 1ml, 6x, 9/5h</i>	<i>18:00</i>	<i>P. 120 x 80 mmHg</i>
	<i>④ SFO, 91 - 500ml, 6x, 12/12h, 1.59g/min</i>	<i>18:00</i>	<i>SEM febre, continua com</i>
	<i>⑤ Casidex 600mg</i>		<i>problema no fígado "D"</i>
			<i>consistente, orientar a</i>
			<i>dieta, com dificuldade de</i>
			<i>deambular, aguardar subarbitrio</i>
			<i>de controle de medicação,</i>
			<i>avaliar dieta e estado clínico</i>
			<i>antes - prosseguir.</i>

Dr. Ricardo Regal - de Oliveira  
 Médica  
 CRM-PI 8230



FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: <i>Mansel</i>	LEITO / UNIDADE:	BY PRONTO-SOLAR:
NOME DO MÉDICO:		

DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
27/03/16	20:30 min. Paciente admitido neste setor, anamnese de acidente com motor elétrico. O mesmo apresenta suposta fratura de fêmur com AID. Não usa qualquer medicamento.	<i>Francisco M. Vitor Lopes</i> Médico COREN-PI 335.928
28/03/16	14:00h. Paciente repousa consciente, orientada, fímbria pupilar, normotensa, desidratada com ajuda de suco de laranja sem queixas agudas até o momento. Dieta líquida prescrita. Exame físico psicológico normal. Sem sinais e sintomas satisfatórios. Não usa qualquer medicamento. Acompanhamento realizado na central de regulação.	<i>Elaine Rosângela Bezerra</i> Enfermeira COREN-PI 335.928
27/03/16	08:15h. Paciente repousa consciente, orientado, fímbria pupilar, normotensa, desidratado com ajuda de suco de laranja sem queixas agudas até o momento. Dieta líquida prescrita. Exame físico psicológico normal. Sem sinais e sintomas satisfatórios. Não usa qualquer medicamento. Acompanhamento realizado na central de regulação.	<i>Francisco M. Vitor Lopes</i> Médico COREN-PI 335.928
28/03/16	10:00h. Paciente repousa no leito apresentando fratura de fêmur D° acompanhada de hemorragia da central de regulação. Sem queixas agudas. PA=120/80 mmHg.	<i>Francisco M. Vitor Lopes</i> Médico COREN-PI 335.928
29/03/16	10:00h. Paciente repousa sem queixas, fratura de fêmur D° cadastrado na central de regulação. Acompanhamento realizado.	<i>Francisco M. Vitor Lopes</i> Médico COREN-PI 335.928
20/03/16	21:05. Paciente repousa sem queixas agudas até o momento. Não usa qualquer medicamento. Acompanhamento realizado na central de regulação.	<i>Francisco M. Vitor Lopes</i> Médico COREN-PI 335.928



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: hrleonidasmeio@hotmail.com



HOSPITAL REGIONAL  
 LEÔNIDAS MELO - HRLM

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

NOME DO PACIENTE:	Mancel 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 - Aquando Samba		6:15 Cheguei ao bloco
	1) Dieta oral leve		com febre no
	2) Voltaren 50mg - 01comp, V9 815h.	19. 11h 20 - 0h	femin, aguçado
01/03	3) Dipirona 500mg - 21 comp, V9 de 66h, V9 de 66h, V9 de 66h.	19. 08. 00 - 06	exis. PA 120/50 mmHg
19/03	4) Aquando Inanfermida		CPD paciente continua em
	5) CC00 + SSVU.		Sua Leite aguardando
			espera a p. febre de 40gr-
			laxad. com febre no p.m.
			4" - Samba. Oligúria - 100ml
			de 200ml com dificuldade
			Eliminação fisiológica
			a nível distal. Samba
			pa: 100 x 50 em 01/03

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: <b>Manoel Pereira de Carvalho</b>	LEITO / ESPERANÇA: <b>04/01</b>	OPORTEUNIDADE
NOME DO MÉDICO:		

DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
1/3/16	Às 8:50h Parte esquerda admissão da regulacão para caso cirurgico Femur "D" mão esquerda	Erica Magalhães Cortez Lemos Enfermeira COREN-PI 338.316
01/05/16	22:45h Paciente segue completo, gestada de pernas e braços membros superiores e inferiores com a ajuda de muletas. Exame físico normal. Exame de laboratório normal. Exame de imagem normal.	
03/05/16	05:09:50 - partiu para 4º NH e operando fratura de fêmur "D". Apresentando um braço de fratura. Sem sinais vitais alterados. Condição satisfatória, sem sinais vitais alterados. Exame físico normal. Exame de laboratório normal. Exame de imagem normal.	Erica Magalhães Cortez Lemos Enfermeira COREN-PI 338.316
03/05/16	21:30h Paciente segue no leito com fratura de fêmur "D" pela 2ª vez. Sem sinais vitais alterados. Condição satisfatória, sem sinais vitais alterados. Exame físico normal. Exame de laboratório normal. Exame de imagem normal.	
03/05/16	05:09:30 - partiu para 5º NH, operando fratura de fêmur "D". Apresentando um braço de fratura. Sem sinais vitais alterados. Condição satisfatória, sem sinais vitais alterados. Exame físico normal. Exame de laboratório normal. Exame de imagem normal.	Erica Magalhães Cortez Lemos Enfermeira COREN-PI 338.316

# SUMÁRIO DE ALTA

 <b>HOSPITAL GETULIO VARGAS</b> Av. Frei Serafim, 2352 - Centro - Fone: 88 3221-3040 TERESINA-PI CEP: 64000-000 UNPJ: 86.511.566/0104-43	Prontuário: 1277352
	Internação: 101513

Nome: **MANCELO PEREIRA DE CARVALHO**

R. Resid.: LOCALIDADE REBITIZINHO - ZONA RURAL  
 Cidade: BARRAS - PI CEP: 64100-000

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

Internação		Alta		Pernância
Data	Hora	Data	Hora	
1/03/2016	16:45	10/03/16		7 dias

**agnósticos:**

1 Principal: *Refusar firm.*

2 Secundário:

3 Causa Mortal:

Cod. CID:			
5	7	2	0

**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:**  
*Atividade - Seguir*

modo de Alta:  Curado  Melhorado  Pedido  Evasão  Administrativa  
 Óbito  Transferência outro serviço  Outro motivo.

**TRANSFERÊNCIA:**  
 se cedida por: \_\_\_\_\_ Transporte: \_\_\_\_\_

Ass. Médico Assistente Auxiliar/Residente

*Edna Maria...*

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
 CONFERE COM...  
 Em...  
 Edna Maria...  
 Matrícula: 013050-2  
 CPF: 175.081.303-97  
 CÓPIA DE PRONTUÁRIO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME	PEREIRA DE CARVALHO	DATA NASC.	CLÍNICA	ORTOPEDIA	ENFERMARIA	105	DEPTO	MEDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	ORIENTAÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO INTERDISCIPLINAR				
10/03/16	1- Dieta oral livre				Dr. Patr. de Cellos Hospital de Cellos			
	2- SF 0,9% 1000 ml EV p 24hs		( 18 )					
	3- Cefotaxima 1g - 1FA + AD EV 6/6H		12-18					
	4- Ranitidina 50mg - 2ml + AD EV, 12/12 H		12-18					
	5- Dipirona 500mg/ml - 1 amp + AD, EV, 6/6H		12-18					
	6- Tramal 100mg - 1 amp + 100ml SF 0,9% EV 8/8H		14					
	7- Passa 10mg - 1 amp + AD, EV, até de dor, se necessários em vômitos		12					
	8- UQUEMINE 6000UI SC 12/12 HB							
	9- Fisioterapia Motora e Respiratória							
	10- Sinais vitais e Cuidados gerais							
	11- Captorril 25mg - 01comp VO se PAS > 160 ou PAD > 110 mmHg							
	12- CURATIVO							
	ALTA DA ORTOPEdia							

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFÉRENCIA  
Em, Edna Maria...  
Matrícula: 01.0069-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

MOD. 09-HGV



**HOSPITAL GETULIO VARGAS**  
 Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040  
 TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.644/0104-43

GIN

Pag: 1 de 1

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **MANOEL FERREIRA DE CARVALHO** (Prontuário: 1277382)  
 Endereço: LOCALIDADE BURITIZINHO - ZONA RURAL - BARRAS - PI CEP: 64100-000  
 Nascimento: 05/01/1955 Idade: 61a2m23d Sexo: Masculino Origem: OUTRA UNIDADE Atendimento: 0  
 Requisito: 242781 Solicitação: 04/03/2016 Solicitante: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO - JOELHO  
 Controle: 541277 Convênio: G U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: Q202020380

Data Exame: 04/03/2016

**HEMOGRAMA COMPLETO**

**ERITROGRAMA**

	<u>Encontrado:</u>	<u>Referência:</u>	<u>Encontrado:</u>	<u>Referência:</u>
eritrócitos:	4,58	4,5 a 6,0 milhões/mm <sup>3</sup>		
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 - 6,0
Metamielocitos:	0,0		0	0,0 - 0,0
Basófilos:	0,0	0 a 3 %	0	0 - 130
Eosinófilos:	3,0	1 a 5 %	369	40 - 350
Plasmocitos:	0,0	0 a 4 %	0	0 - 440
Segmentados:	70,0	40 a 70 %	8610	1.600 - 1.700
Linfócitos:	20,0	20 a 50 %	2460	1.000 - 4.500
Monócitos:	7,0	2 a 10 %	861	80 - 1000

OBSERVAÇÃO: MODERADA LEUCOCITOSE

**PLAQUETAS**

Plaquetas:	259,000	150.000 a 450.000 /mm <sup>3</sup>
VPM:	7,5	6 a 12 fL
Plaquetócrito:	0,194	0,141 a 0261 %
PWD:	16,5	

OBSERVAÇÃO: Plaquetas morfologicamente normais.

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
 CONFERE COM ORIGINAL  
 Em: 27/03/2016  
 Edna Maria Mendes de Silva  
 Matrícula: 029065-9  
 CPF: 075.030.303-97  
 CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

(PATIMA PEREIRA)

TERESINA - PI 04/03/2016

ANA MA. DA PONTE LOPES P. MEDEIROS  
 CPP: 114780413-87 CRF: 283

**HOSPITAL GETULIO VARGAS**

Av. Frei Serafim, 2322 Centro - Fone: 86 3221-3040  
 TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **MANOEL FERREIRA 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  
 Regulação: 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 mm/dl - Adulto 15 a 45 mm/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

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
 CONFERE COM ORIGINAL  
 Em: *[Assinatura]*  
 Edna Maria Holanda Silva  
 Matrícula: 229065-9  
 CPF: 775.080.303-57  
 CÓPIA DE PRONTUÁRIO

(218)

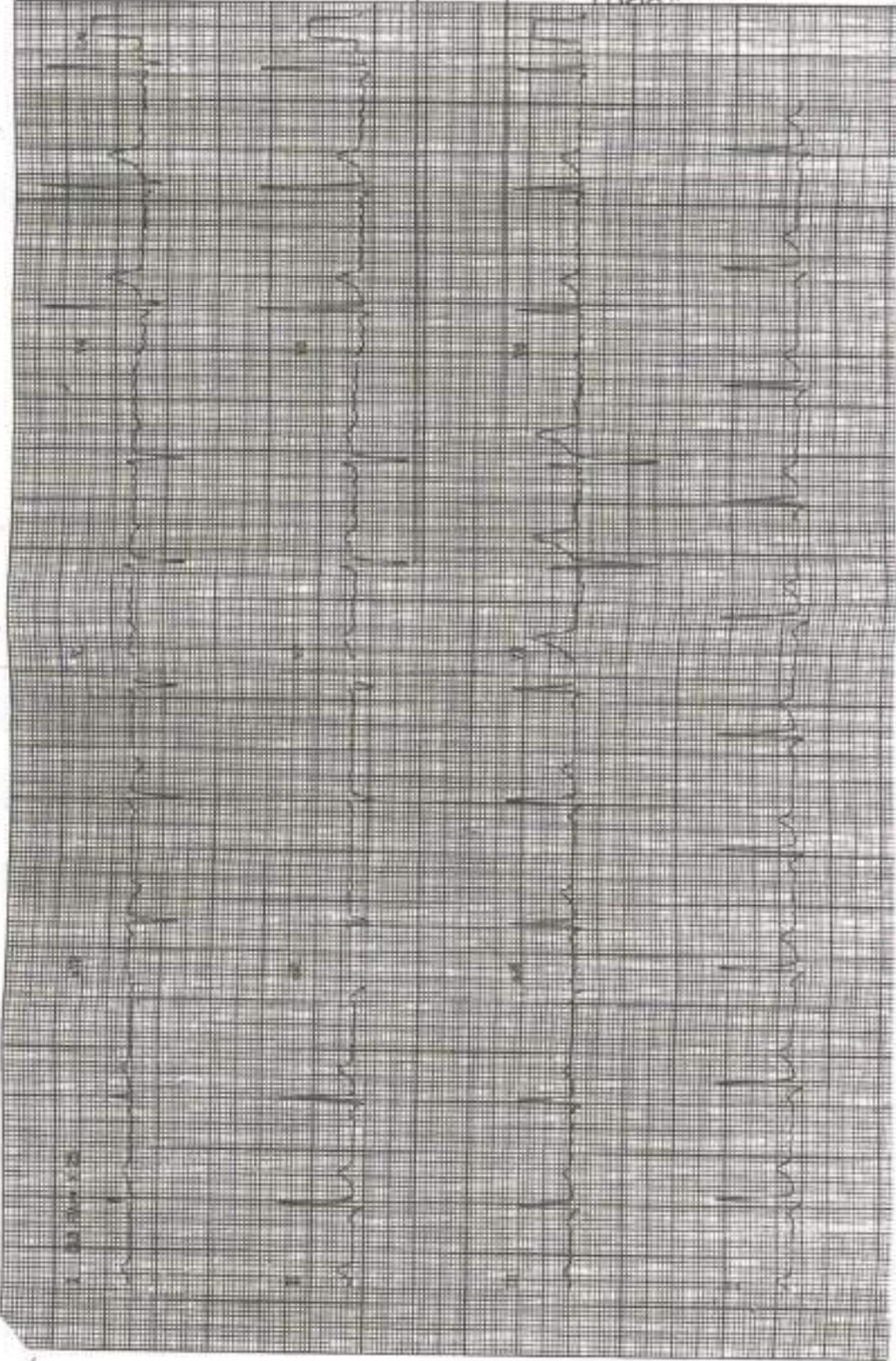
Form. 3.40.1

TERESINA - PI 04/03/2016

*[Assinatura]*  
 Profissional Responsável

HOSPITAL GETÚLIO VASZ  
CONFERE COM ORIGINAL  
Edna Maria de Souza Silva  
Matrícula: 00.0065-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Adriana de Castro 140.  
67 C  
05  
103116





*Gineco*

**LAUDO MÉDICO**

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

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204080117

Data Exame: 05/03/2016

**FÊMUR DIREITO**

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 ósse. Exame de Controle.

(QUELE)

TERESINA - PI 07/03/2016

*[Assinatura]*  
**MANOEL ANTONIO GOMES DE CASTRO**  
 CPF: 086.388.283-91 CRM 805 - PI  
 Profissional Responsável

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
 CONFERE CÓPIA ORIGINAL  
 Edno Maria André de Silva  
 Matrícula: 019065-9  
 CPF: 075.080.303-97  
 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, Barras - 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, Barras 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 NCPC15).

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

Barras-PI, 19 de setembro 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 loca-  
lidade Buritizeira, com end. Bairro - 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

MINISTÉRIO DA FARMÁCIA  
SECRETARIA DA SAÚDE FEDERAL  
COORDENAÇÃO GERAL DE INFORMÁTICA EM SAÚDE - COORDENADORIA

SISTEMA DE AUTENTICAÇÃO DE CONDIÇÕES  
DOCUMENTO SUBSTITUÍVEL DE MEDICINA  
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS  
VÁLIDO EM TODAS AS REGIÕES BRASILEIRAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JORNAL DE PESSOAS FÍSICAS



*Manoel Pereira de Carvalho*

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO  
863.180

DATA DE  
Emissão 02/04/13

COG  
MANOEL PEREIRA DE CARVALHO

PLACAJÓ

FRANCISCA FERREIRA DA SILVA  
SEBASTIÃO PEREIRA DE CARVALHO

DATA DE NASCIMENTO  
05/01/1955

BARRAS-PI

CERT. CASAM. 2265 L B-10 F 215  
EXP. BARRAS-PI 20/06/05

199.694.303-00

LIB Nº 7.118 DE 20/09/90 - DECRETO Nº 98.155/93

CIC

05.01.55

190.694.303.00

MANOEL PEREIRA DE CARVALHO





**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

Tipo Envolv: VÍTIMA/Noticiante

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

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca: Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA 125 FAN

2014 OEI8532

9C2JC4160ER024351

01006474096

Vermeha

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 17H530MIN, 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 ENTERNADO SOBRE MEDICAMENTOS E SUBMETIDO A CIRURGIA DA PERNA FRATURA, FICANDO POR VARIOS DIAS ENTERNADO SOBRE MEDICAMENTOS SENDO MEDICADO E LIBERADO. ERA O QUE TINHA A DECLARAR.

Geraldo Magela Veras Neto - Mat. 2561941  
 AGENTE DE POLÍCIA

Manoel Pereira de Carvalho  
 MANOEL PEREIRA DE CARVALHO - Noticiante  
 Responsável pela Informação

10:30 como próprio



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



### FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: H. M. L. P. M. Para: H. G. V.

Nome da pessoa encaminhada: Manoel Raimundo Cavalcanti Registro: 701607760087

Motivo do encaminhamento: Exame - apf - 1/5/16 -  
Exame D.

Observações: 2 - Data 1/5/16

Data 05/05/16 Resp. p/ encaminhamento [Signature]

Obs: Deve ser arquivado no centro de Saúde Unidade Mista e Hospital Local ou Regional.

### FICHA RETORNO

Da Unidade: Para:

Nome do Cliente: Registro Original:

Diagnóstico e Orientações:

Data 1/1 Resp. p/ diagnóstico

Obs: Esta ficha deverá ser devolvida no Hospital de origem através do próprio Paciente devidamente fechada.



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

SUS



HOSPITAL REGIONAL  
 LEÔNIDAS MELO - HRLM

de-01

REQUISICÃO DE EXAMES

NOME

*Marguel Pereira de Carvalho*

IDADE

SEXO

MASC.

FEM.

CLÍNICA

AMBULATORIO

INTERNADO

ENDEREÇO

DADOS CLÍNICOS

DADOS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS)

*Exatam de Examen à diuita.*

DATA

*29/02/16*

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

*Dr Ricardo Rogas L. de Oliveira*

*Medico  
 Registro 8220*

DATA

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)

ESTE EXAME É PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA CENTRAL DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO DOS SUS  
 PRINCÍPIO JOÃO LUIZ FERREIRA, 227 - FONE (86) 3214-1440 / TERESINA - PI

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. Aécio Lopes V. Filho  
CRM-26697

Dr. Charles A. B. Veloso  
CRM-2954

Dr. Fábio A. C. Madro  
CRM-2502

Dr. Francisco C. do Siqueira Júnior  
CRM-6563

Dr. Wilson C. T. Rodrigues  
CRM-26871

Dr. Igor Brito Cavale  
CRM-3957

Dr. Joyce Dantas Cláudio  
CRM-4378

Dr. Luciano P. Dam  
CRM-6564

Dr. Roberto W. M. Santos  
CRM-4660

Dr. Roberto C. T. Santos  
CRM-4670

  
DR. CHARLES A. BOMFIM VELOSO  
CRM: 2954

• ULTRA-X CENTRO - Rua Avelino de Azevedo, 854 - Getúlio

• ULTRA-X JOQUEY - Rua Argentina, 316 - Jockey

• ULTRA-X MEDICAL CENTER - Av. Associação Irapuá, 1400, 2º andar, Jockey

☎ 3194.5555

clínica@ultra-x.com.br

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 Lobo V. Filho  
CRM 2837

Dr. Charles A. B. Veloso  
CRM 2904

Dr. Fábio A. C. Martins  
CRM 2632

Dr. Francisco C. de Sá Júnior  
CRM 5302

Dr. George T. Rodrigues  
CRM 2839

Dr. Igor Rêgo Cordeiro  
CRM 3621

Dra. Joyce Vargas Gomes  
CRM 4274

Dr. Luciano P. Dias  
CRM 4394

Dr. Robert W. M. Jordan  
CRM 2465

Dr. Roberto C. T. Santos  
CRM 4619

DR. CHARLES A. BOMFIM VELOSO  
CRM: 2954

- ULTRA-X CENTRO - Rua Wladimir Ávila, 668 - Centro/Sul
- ULTRA-X JUCKER - Rua Angelos, 518 - Jockey
- ULTRA-X MEDICAL PISTE - Av. Acaçor, Japobá/Roma 1430, 2º andar/Jockey

em 3194.5555

clinicaultra-x.com.br

DECLARAÇÃO DE LAUDO DO IML

Eu, Manoel Pereira de Carvalho, portador de carteira de identidade nº 863 180, e inscrito no CPF/MF sob o nº 199.694.303-00, residente e domiciliado na Rua do Sítio, Cidade Barra, 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 5.194/74.

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 Manoel Pereira de Carvalho  
PORTADORA DO RG Nº \_\_\_\_\_ EXPEDIDO POR \_\_\_\_\_ EM 09/04/13 E  
CPF 194694302-00 / CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO Insider  
E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Manoel 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 da profissão 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](http://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 BRASESCO, ITAI, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)  
Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5792-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24108-7

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.

Pernambuco, 07 de Abril de 2016 Manoel Pereira de Carvalho  
LOCAL E DATA 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Manoel Passino de Carvalho  
 DATA DO ACIDENTE 26/02/16 CPF DA VITIMA 199.694.303-00  
 PORTADOR DO DOCUMENTO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR 1 VITIMA 1 REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PAQUETESCO COM A VITIMA É Manoel Passino de Carvalho  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua do Itavo  
 Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Itavo - Itaguá  
 CIDADE Itavoá UF PE CEP 64.100-000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (56) 99409-9926

VALIDE E OU PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓDIGO AUTENTICAÇÃO E LEGÍVEL)
- CARTÉIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRIBUTAÇÃO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓDIGO SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓDIGO SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓDIGO AUTENTICAÇÃO E LEGÍVEL)
- IMPL (IMPOSSIBILIDADE DE AO RESERVA O LAUDO DO IML) DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL, QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA (ERROTIVA)
- BOLETIM DE ATENDIMENTO: HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓDIGO SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOITE DA VITIMA (CÓDIGO SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTOLIGAÇÃO DE PAGAMENTO / OFERTO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTÉIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÉRIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓDIGO SIMPLES E LEGÍVEL)
  - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓDIGO SIMPLES E LEGÍVEL)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOITE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓDIGO SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUALQUER REPRESENTA VITIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- RESULTADO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓDIGO AUTENTICAÇÃO E LEGÍVEL)
- CARTÉRIA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÉRIA DE TRIBUTAÇÃO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓDIGO SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓDIGO SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓDIGO SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (FOTÓTIPOS E LEGÍVEL) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUIRÚRGICAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEL) DE FARMÁCIAS E DISTRIBUIDORAS DE MEDICAMENTOS RECEITUADOS (CÓDIGO SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOITE DA VITIMA (CÓDIGO SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTOLIGAÇÃO DE PAGAMENTO / OFERTO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE (OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTÉRIA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÉRIA DE TRIBUTAÇÃO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓDIGO SIMPLES E LEGÍVEL)
  - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓDIGO SIMPLES E LEGÍVEL)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOITE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓDIGO SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUALQUER REPRESENTA VITIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MONTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VAIÁ CONSERVADO A GRANDEZAS DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (ORIGINALS E LEGÍVEL) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (PREVIDENCIÁRIO, ESTI VALOR VAIÁ A CORRESPONDERE O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTÍNUOS A PARTIR DA VITIMA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA (NA SEGURADORA LÍDER - DPVAT)
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, POSSUÍMOS SEUS RESULTADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS ABAIXO:
- PARA ACOMPANHAR O PRAZO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATREGULADORIA.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC IMPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DO DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ NATL. CORREIOS \_\_\_\_\_  
 IDENTIDADE \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA Manoel Passino 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 74119982300, 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 Manoel Passos de Carvalho o condutor era  
2ho

Veículo: MOJOCICLETA  
Modelo: HONDA/CG 125  
Ano: 2014  
Placa: OEI-8532  
Chassi: 9C2JC4166R024351  
Data do Acidente: 26/24/2016  
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  
Data: 06/04/16  
Walbril 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

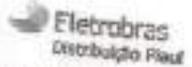
### PAGUE SEGURO

[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. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](#)



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
 Av. Maranhão, 759 - Centro-Sul - Teresina - PI  
 CEP: 64.042-900 (0800) 001 001 e/ou 0663 10 20 20-8  
 Rua Floriano (Cidade do Saneamento Básico) - 64050-4  
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

Para contato com o  
 Serviço, informe  
 este número

**10050-5**

SP de Fretos Piauí 000078865

A Tarifa de Energia Básica - TEB é formada  
 pela soma de: TEB (R\$ 34,00) e TEB (R\$ 18,95)

MARÇO/2016 15/03/2016 34 18,95

MARCEI PEREIRA DE CARVALHO  
 R. DO TREVO 537 653 R. FREIARDO  
 CPF: 09010369430100  
 CEP: 64.100-000 - BARRAS

ROT: 176.313.04.39.810904

Ativ.:	735	Ativ.:	00/00/2016
Ativ.:	1,000	Ativ.:	04/02/2016
Consumo de Potência (kW):	34	Ativ.:	08/08/2016
Consumo (kWh):	34	Ativ.:	02/03/2016
Consumo (kWh):	34	Ativ.:	08/03/2016
Consumo (kWh):		Ativ.:	33

RESIDENCIAL NOME AL99049 1.1.1 31

FEV/16	91	CONSUMO	20,78
JAN/16	13	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,17
DEZ/15	10	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,12
NOV/15	4	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	0,77
OUT/15	58		
SET/15	57		
AGO/15	18		
JUL/15	0		
JUN/15	12		
MAI/15			

Mes/Ano Valor R\$ 02/2016 64,74

A CORRANCA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDO EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA A QUALQUER TEMPO, EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO, EM CASO DE SINTOMAS DA DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA. DIRIJA-SE AO SUJEITO 0800 098 8000 E FAÇA O CAD. VENCIMENTO 1 3 10 23 20 23

NUMERO DE FISC: P0E9.77C2.1F1C.AF2B.425B.89D9.2D40.BA6C

Quantidade	5,43	Valor de Cobrança	
Energia	7,98	Adicional ICMS	
Watermeter	0,73	Valor do ICMS	
Quantidade	1,70	Valor do IPI	0,16
Valor	0,92	Valor do COFINS	0,76

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00  
 0,00 0,00

01/2016 0,00