

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILDEVAM MATOS DA COSTA E SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03563

CONTA: 000000020796-7

Nr. da Autenticação 75381C68B932C759

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190037671 **Cidade:** Jerumenha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILDEVAM MATOS DA COSTA E SILVA **Data do acidente:** 12/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura Exposta do 5º Dedo da Mão Direita.

Descrição do exame físico: Paciente com fratura exposta do 5º dedo da mão direita, apresentando ao exame físico, cicatriz cirúrgica, dor local, diminuição da força muscular, deformidade e limitação dos movimentos da articulação local.
5º dedo da mão direita: ADM da articulação metacarpofalângica - Flexão - 0 a 20º. Extensão - 0 a 7º. Abdução - 0 a 5º. Adução - 0 a 5º.

Resultados terapêuticos: Paciente com fratura exposta do 5º dedo da mão direita; realizado tratamento cirúrgico; realizado tratamento fisioterápico; evolui com dor local, diminuição da força muscular, deformidade, e limitação dos movimentos da articulação local.
Alta médica definitiva: 22/11/2018;

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/02/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: adequamos o ?PI? conforme relatório descritivo do médico examinador (limitação funcional intensa da articulação metacarpo-falangeana do 5º dedo da mão direita.
Procedida avaliação médica na cidade de Florianópolis.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190037671

Vítima: GILDEVAM MATOS DA COSTA E SILVA

Data do Acidente: 12/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BENTO ALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILDEVAM MATOS DA COSTA E SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: GILDEVAM MATOS DA COSTA E SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000003563

Conta: 0000020796-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Clínica Ortopédica de Floriano

SOARES & MENDES LTDA.

CNPJ (MF) Nº 05.511.132/0001-00

DR. JOÃO SOARES JÚNIOR

Técnico Responsável - CRM-PI 2433

RELATÓRIO MÉDICO.

Relato para os devidos fins que, Gildevan Matos da Costa e Silva, portador da ID 10.10828-93, CPF 372.774.133-34, teve atendimento no HTN onde foi diagnosticado fratura mão direita onde foi tratado cirurgicamente. O paciente informa que sofreu acidente de motocicleta no dia 12/08/2018, teve alta definitiva no dia 22/11/2018, encontra-se após a alta com dor, edema aos esforços, diminuição da movimentação da mão direita de aproximadamente 30%, contratura em flexão do 4º e 5º dedos da mão direita e informa diminuição da força muscular da mão direita de aproximadamente 60%.

CID S62.3

Dr. João Soares Júnior
Ortopedia-Traumatologia
CRM: 2433

Floriano, 22 de novembro de 2018.



CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1322

Funcionario: MARIA CLARA

Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 115

GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA

Nasc.: 31/10/1969 Idade: 48 ANOS, 9 MESES, 12 DIAS Profissão:

CPF: - RG: - SUS: 898003938825571

Civil: CASADO(A)

CEP: 648300

End.: 13 JUNHO, 288 -

Bairro: ALTO

Cidade: JERUMENHA/PI

Cor: PARDA

Telefone: () -

Mãe: JOSONA MACHADO DE MATOS SILVA

Pai: JOAO LUIZ DA COSTA E SILVA

Clinica: ORTOPEDIA

Documento: 0000 HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsável: GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 180X120

Procedimentos

12/08/2018 18:01 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

12/08/2018 18:05 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Exame clinico/fisico:

Vitima de acidente automobilístico e
fratura no braço

Diagnostico provavel:

Fr. ^{externa} sinist. do 03

Medicação:

Ed. intravenosa hospitalar

Felipe Nunes de Almeida
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI: 4315
Ass. Técnico

Procedimentos/exames realizados:

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
FERNANDO PAULI
CONFERE E EMITE ORDEM
DATA 16/01/2019
ASS: [Assinatura]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
16 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

14.08. notificado pelo N.U.H. [Assinatura]

CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Funcionario: MARIA CLARA

tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 115

CPF: - RG: SUS: 898003938825571

Civil: CASADO(A)

CEP: 648300

GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA

Nasc.: 31/10/1969 Idade: 48 ANOS, 9 MESES, 12 DIAS Profissão:

Bairro: ALTO

Cidade: JERUMENHA/PI

End.: 13 JUNHO, 288 -

IBGE: 2205300 Cor: PARDA Mãe: JOSONA MACHADO DE MATOS SILVA

Pai: JOAO LUIZ DA COSTA E SILVA

Clinica: ORTOPEDIA

Documento: 0000 - ALDERIZA GOMES DO NASCIMENTO

Responsavel: GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA - O MESMO

Procedimentos

12/08/2018 18:01 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Azul - Não Urgente

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTO

QUEIXA/HISTÓRIA

PACIENTE VITIMA DE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA MÃO D + MULTIPLAS ESCORIAÇÕES

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 180X120 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

MEDICAÇÃO USUAL

VALSARTANA

CONDUTA

AO CLINICO



Assinatura

BOLETIM DE ADMISSÃO

Atendimento	1064346
Data	12/08/2018
Hora	19:02

177043 - GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 31/10/1969 - 48 ANOS, 9 MESES, 12 DIAS

Clinica: ORTOPIEDIA Enfermaria: E01- EXTRAS Leito: EX02 Convênio: SUS

Médico: 4315 - FELIPE NUNES DE ALMEIDA

SIS Prenatal:

Bairro: ALTO

Cidade: 2205300- JERUMENHA/PI Profissão:

Mãe: JOSONA MACHADO DE MATOS SILVA

Responsável: GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA - () -- O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Diária de Acompanhante:

☐ Sim ☐ Não

**DIÁRIA DE
ACOMPANHANTE**

ASSISTENTE SOCIAL

Nelma Maria Alves da Silva Borges

Assistente Social

CRESS-2991 22ª Região/PI

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica



Diagnóstico Provável

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PI/PI
CONFERIR COM O ORIGINAL
DATA 20/11/2018
ASSIN.

FELIPE NUNES DE ALMEIDA



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA

CHECK LIST PRÉ-OPERATORIO

Nome do Cliente: GILDEVAN ALVES DA COSTA e SILVAData de nascimento: 31/10/1970Prontuário: 177043Enf/Leito: S.066650Data do Procedimento: 16/08/19

Procedimento Cirúrgico: _____

Pulseira de Identificação: (X) Sim () Não

T: 37 FC: 76 bpm FR: 94 lpm PA: 12/10 mmHgGlicemia Capilar: 126 mg/dl Acesso Venoso: (X) Periférico () Central (especificar local, calibre e nº de dias) 20

SNG () SNE () Drenos (especificar): _____

Jejum () Sim () Não A partir das: _____

Avaliação Pré-Anestésica: () Sim (X) Não Avaliação Cardiológica: () Sim (X) Não Utiliza Anticoagulante: () Sim (X) Não Último horário: _____

Sítio Cirúrgico Demarcado: () Sim () Não Adornos Retirados: (X) Sim () Não Utiliza Prótese Dentária: () Sim - Retirada () Não

Tricotomia: () Sim (X) Não

Carnicela, gorro e pro-pés: (X) Sim () Não

Vergias: () Sim Qual: (X) Não

Exames essenciais disponíveis: () Sim () Não

Antimicrobiano Profilático: () Sim () Não Horário: _____

Prontuário completo com ficha de internação () Sim () Não

OBSERVAÇÕES: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 100 - Loja C
Centro-Norte CEP: 66.047-000
Teresina-PI

Hora do Encaminhamento ao CC: _____

Assinatura e carimbo do(a)

ENFERMEIRO

TÉCNICO EM ENFERMAGEM

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI *corrido*

ALA	ENF. OU APT.	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	ORTOPEDIA
HORÁRIO MEDICAÇÃO			OBSERVAÇÕES	
PRESCRIÇÃO MÉDICA 721 81 11 ETA LIVRE 23 LCO HIDROLISADO UNITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS FALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS PIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS LATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS RAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) EXANE 40MG - 01 AMP SC TX/DIA ASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) APTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg JRATIVO SVV + CCGG			AS 19:45 Admitido na centro cirurgico para pro cedimento artroscopico, e mesmo com fratura e x-posta do b. patello D", Viso com antila em cadeira de rodas, tringente negu DM, e xugo abriga medicamentosa, SVV: P:32 apm: PA: 80 x 70 mmHg; SpO2 - 99% Dr. Jesuino Pereira Neto COENENPI nº 383357-ENF Da 21:38 u do dia 12/08/18 pde ad mitido no SRPA em PDI de 8/8 exposto do b. patello D" sob efeito de anestesia local, comente q' estado. coluro PA - 153 x 85 mmHg. P - 75 bpm Saturacao 99% ut. O2 4L e expulso	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 16 JAN 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Celso de Resende, 455 Loja 201
 Centro - Norte CEP: 64.000-000
 Teresopolis RJ

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 FLORIANO-PIAUI
 CONFERE COM O ORIGINAL
 DATA 20/11/2018
 ASSIN. *[Assinatura]*

Felipe Nunes de Almeida
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM-PI: 4315

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Congo de Rezende, 245 Loja C
Centro - Jorite CEP: 54.040-470
Teresina, PI

ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
<p><i>Gláucia M. Cordeiro</i> PRESCRIÇÃO MÉDICA 13/08/18</p>			
<p>RELATÓRIO DE ENFERMAGEM</p>			
<p>HORÁRIO MEDICAÇÃO</p>		<p>OBSERVAÇÕES</p>	
<p>18h - 18h 19h - 19h 20h - 20h 21h - 21h 22h - 22h</p>		<p>As 18h; Realizado curativo E.O da mão direita; Verificadas PA = 120x80 mmHg. <i>Localização da ferida: Fratura da 1ª falange da 5ª metacarpo-falange da mão direita.</i> 20:37 em repouso no D.O. calmo, orientado, sem queixas var algias. PA = 120x80 mmHg. <i>Prontidão</i></p>	
<p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 16 JAN 2019 GENE SEGURADORA S.A. Rua Cosmo de Rezende, 465 Loja C Centro - Fone: 54.062-470 Teresina - PI</p>			
<p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p>			
<p>ETA LIVRE</p>			
<p>CO HIDROLISADO</p>			
<p>NITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS</p>			
<p>FALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</p>			
<p>IRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</p>			
<p>ATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS</p>			
<p>AMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)</p>			
<p>EXAME 40MG - 01 AMP SC TX DIA</p>			
<p>ASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)</p>			
<p>TOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg</p>			
<p>RATIVO</p>			
<p>Dr. Consegundes P. Filho Dr. Consegundes P. Filho Ortopedia Traumatologia CRM: 25727-1 REC-17348</p>			
<p>IV + CCGG</p>			

FOLHA DE EVOLUÇÃO DE CURATIVO DA CLÍNICA:

ONTUÁRIO:

PACIENTE:

ENF:

LEITO:

EVOLUÇÃO DO CURATIVO EM: 13 / 08 / 2018

EVOLUÇÃO DO CURATIVO EM: / /

Realizado curativo em região (es) nao fo da mão direita Lesão(es) Realizado curativo em região (es) Lesão(es)
 tamanho aprox: 10cm Profundidade aprox: Profundidade aprox: Profundidade aprox: Tecido Tecido Necrosado: Tecido Tecido Necrosado
 Necrose branca/cinza()Esfacelo amarelo ()Tecido preto.Tecido granulação () Necrose branca/cinza()Esfacelo amarelo ()Tecido preto.Tecido granulação ()
 Exsudato ()sim ()não, tipo Realizado Exsudato ()sim ()não, tipo () c/odor()s/odor Tecido granulação ()
 limpeza com SF 0,9%. Obs: limpeza com SF 0,9%. limpeza com SF 0,9%.
 Cobertura: Obs: Cobertura: Cobertura: Obs: OBS

S/COREN DO TÉCNICO

ASS./COREN DO TÉCNICO

ASS./COREN DO ENFERMEIRO

S/COREN DO TÉCNICO

ASS./COREN DO TÉCNICO

ASS./COREN DO ENFERMEIRO

EVOLUÇÃO DO CURATIVO EM: / /

EVOLUÇÃO DO CURATIVO EM: / /

Realizado curativo em região (es) nao fo da mão direita Lesão(es) Realizado curativo em região (es) Lesão(es)
 tamanho aprox: 10cm Profundidade aprox: Profundidade aprox: Profundidade aprox: Tecido Tecido Necrosado: Tecido Tecido Necrosado
 Necrose branca/cinza()Esfacelo amarelo ()Tecido preto.Tecido granulação () Necrose branca/cinza()Esfacelo amarelo ()Tecido preto.Tecido granulação ()
 Exsudato ()sim ()não, tipo Realizado Exsudato ()sim ()não, tipo () c/odor()s/odor Tecido granulação ()
 limpeza com SF 0,9%. Obs: limpeza com SF 0,9%. limpeza com SF 0,9%.
 Cobertura: Obs: Cobertura: Cobertura: Obs: OBS

S/COREN DO TÉCNICO

ASS./COREN DO TÉCNICO

ASS./COREN DO ENFERMEIRO

EVOLUÇÃO DO CURATIVO EM: / /

EVOLUÇÃO DO CURATIVO EM: / /

Realizado curativo em região (es) nao fo da mão direita Lesão(es) Realizado curativo em região (es) Lesão(es)
 tamanho aprox: 10cm Profundidade aprox: Profundidade aprox: Profundidade aprox: Tecido Tecido Necrosado: Tecido Tecido Necrosado
 Necrose branca/cinza()Esfacelo amarelo ()Tecido preto.Tecido granulação () Necrose branca/cinza()Esfacelo amarelo ()Tecido preto.Tecido granulação ()
 Exsudato ()sim ()não, tipo Realizado Exsudato ()sim ()não, tipo () c/odor()s/odor Tecido granulação ()
 limpeza com SF 0,9%. Obs: limpeza com SF 0,9%. limpeza com SF 0,9%.
 Cobertura: Obs: Cobertura: Cobertura: Obs: OBS

S/COREN DO TÉCNICO

ASS./COREN DO TÉCNICO

ASS./COREN DO ENFERMEIRO

S/COREN DO TÉCNICO

ASS./COREN DO ENFERMEIRO

ASS./COREN DO ENFERMEIRO

TIPOS DE COBERTURAS

ESPUMA

PETROLATUM

PAPAÍNA

ALGINATO

CARVÃO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI *Correção*

ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
<i>Prescrição Médica</i> <i>13/08/18</i> :TA LIVRE .CO HIDROLISADO NITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS FALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS IRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS ATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS AMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N) EXANE 40MG - 01 AMP-SC 1X/DIA ASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) PTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg RATIVO VV + CCGG Dr. Conegundes P. Filho Ortopedia - Anestesiologia CRM: 2542 REG: 1348			



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

: <u>Cildivan Alata da Costa Silva.</u>		INF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
24/08/18. # 5 de maio		HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	
TA LIVRE			05 08:20h, Bolgado Luatuo MSD,	
CO HIDROLISADO			F.O tempo e xeo, mid, com presen-	
VITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		18h 06h	de bolhas, ulcuzado seg x elave-	
FALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		12h 18h 06h	xiora	
IRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		12h 18h 06h	Fic 11:55, pte em 2-Per, Fe	
ATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		12h 18h 06h	Ch, mag, tte conversate, eua	
AMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (SIN)		12h 18h 06h	Tabo, Bec, vte, areita a cho	
AMAL 100MG - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SIN)			te oferecido, curacada,	
SIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SIN)			Lindolico, preate, em RUP	
TOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg			MSE, N.10, 12.08.18, tem que	
ATIVADO			Agia	
N + CCGG			Jefem Martins Guedes Pinho	
			Enfermeiro	
			COREN-PI 304-838	
			As 12:05h, verificado PA 123x78 mmHg	
			FC 73bpm. Tce 36.9°C	
			SA 20:40h - 12h - volui conai,	
			nega quies objez, apbil, expmido	
			Aperido PA=120x90 mmHg. Tce 36.9	
			Juliana com 250/149 - 4	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
Centro - Floriano - PI
CEP: 64.002-470

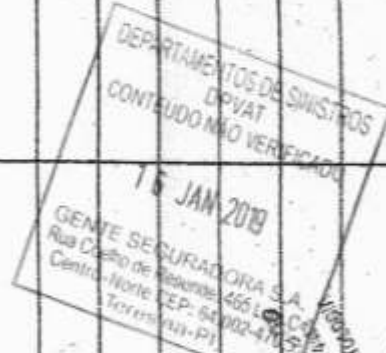
CRIM
3910
1101. 13135
14 (Cadastrado em 14/08/2018)

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

18/40

Condição 05

ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
<p>ME <u>Gildemar Peleto</u></p> <p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p> <p>TA <u>1508/18</u></p>			
HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
DIETA LIVRE		ÀS 09:00 horas, admitido consciente,	
JELCO HIDROLISADO		orientado, higienizado, no 5º	
RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		AFH, em pós-operatório, com	
CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		fação da dieta apreendida, com	
DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (dos)		e repouso eletrolítico, eliminando	
TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (dos)		vesiculares e intestinos presentes	
TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (SIN)		em uso de ANP em MSE baixa	
DEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA - <u>com</u>		exato. No exame físico, com	
CLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SIN)		estabilidade geral, com	
CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg		prático pelo corpo, abdômen	
URATIVO		volto com muermeus vesiculares	
SVW + CCGG		presente, a ausculta pulmonar	
		bulhos normofonticos rubin	
		seus em 24.55.00: P.A. = 120x70	
		P = 84; R = 15; TAP: 36, 10C. - <u>line de Jesus</u>	
		09:40 curativo em M5 e M	
		em curativo evingica <u>189</u> <u>sin</u>	



GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Almeida 465 - 1º
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Dr. Roberto

Dr. Roberto

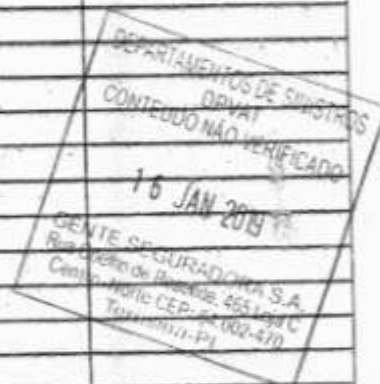


GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"
CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: Gildevon Matos da Costa e Silva Reg. Same 174043
Cirurgia: Fratura exposta do 5º metacarpo Sala: 05
Cirurgião: Dr. Felipe Auxiliar: Dr. Celso
Instrumentador: Joana Inc Circulante: Joana Inc
Data: 12/08/2018 Início: 19:54 Término: Duração:

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	UNID.	SUB-TOTAL
01	ADRENALINA				
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA				
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO				
11	CEFALOTINA 1g		02	Frascos	
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRON				
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTIL				
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL	Fontanila	01	amp	
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATOME ML				
24	INOVAL				
25	KETALAR				
26	METROMIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OCITOCINA				
31	PLASIL	Atanunir	01	Frasco	
32	PROSTIGIMINE				
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO		05	Frascos	
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				



Florianópolis - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: Gildemar Matos da Costa e Silva Registro: 177043

Enf.: _____ Leito: _____ Apto.: _____

Data	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
<u>12.08.18</u>						
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematúria	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Dos. Uréia

Exame de Urina

Função Respiratória

Sistema Circulatório

Eletrocardiograma

Sistema Respiratório

Assina

Bronquite

Sistema Digestivo

Sistema Urinário

Estado Mental

Corticóides

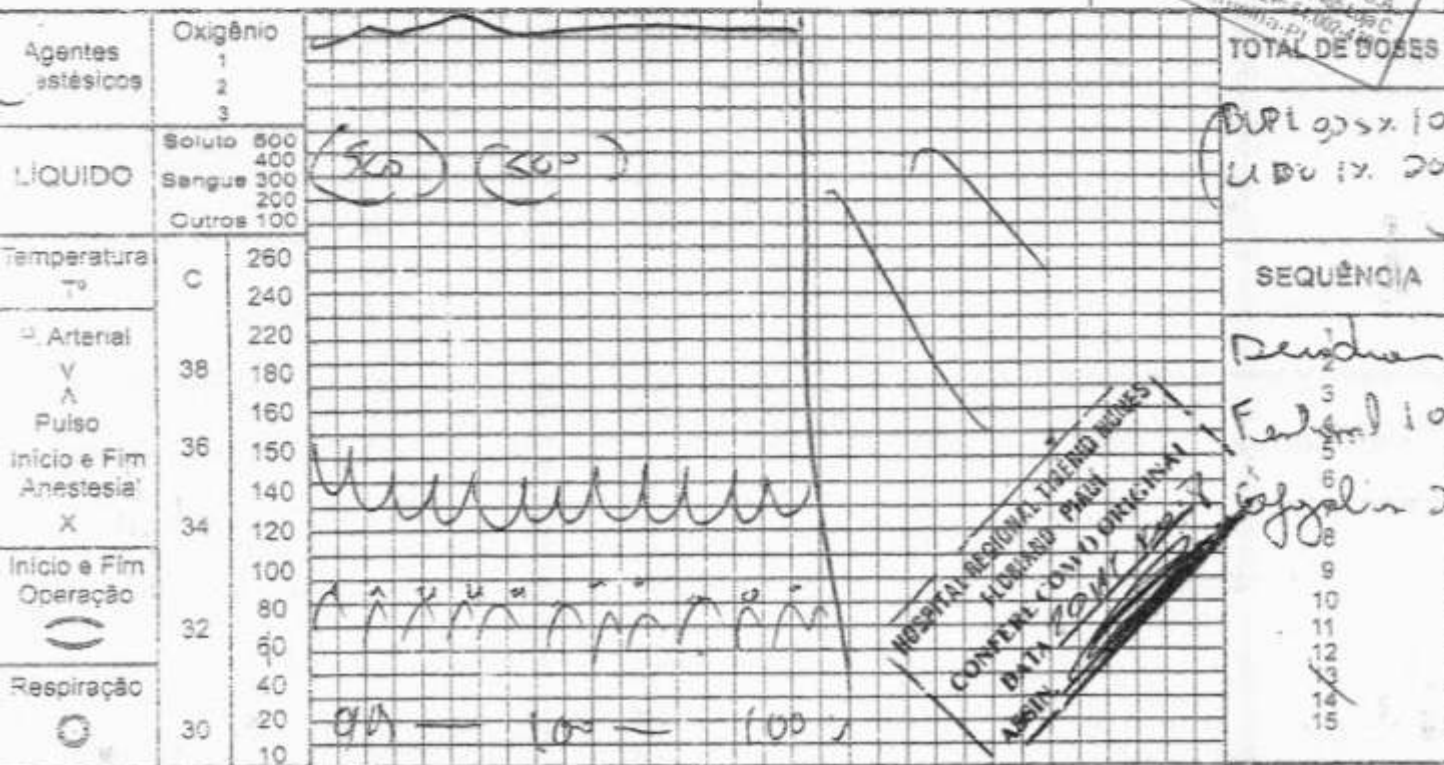
Ateráxicos

Diagnóstico Pré-Operatório

Risco

Pré-Medicação (Agentes e Doses)

Aplicado As:



DEPARTAMENTO DE SINISAROS
CENTRO PRIVAT
NÃO VERIFICADO
16 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua do Rio de Janeiro, 400 - 1000-000
Tufurita - PI

TOTAL DE DOSES

SEQUÊNCIA

Reserva 10
3
5
6
8
9
10
11
12
13
14
15

DURAÇÃO

Técnica: A+B + Bley oxido com US Incidentes - Acidentes

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365146
4 - CNES
2365146

64346

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
89003938825571
10 - NOME DA MÃE
JOSONA MACHADO DE MATOS SILVA
12 - ENDEREÇO
JUNHO, 288 - ALTO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
TEREZINHA

8 - DATA DE NASCIMENTO
31/10/1969

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
177043
9 - SEXO
Masc X 1 Fem
11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9446-8885

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2205300

15 - UF
PI
16 - CEP
64830000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Torre na mo @ d de - Ant

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

AIH DIGITADA

Procedimentos

1. 0413040240
2. 0408020538

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

73

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fract. 5º metacarpo

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOCIADAS

S-02.3 V394

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Sistema de suporte

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0415030013

26 - CLÍNICA
ORTOPEDIA
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
FELIPE NUNES DE ALMEIDA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
(URGÊNCIA)

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF 00796720355

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

12/08/2018

REENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

38 - CNPJ DA SEGURADORA

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

VISTO
CONF. COM O ORIGINAL
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
TEREZINHA - PI

*Felipe Nunes de Almeida
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI: 4315*

40 - CNAE EMPRESA 41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO 46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF 078.977.823-97

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - CARIMBO Nº DO REGISTRO DO COLEGIO

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

68805

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

GABRIEL FERREIRA, S/N

MANGUINHA - FLORIANO / PI - CEP: 64800-000

Telefone: (89) 3522-1489 | (89) 3522-1323

BOLETIM CIRURGICO

1064346 - GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA

Data: 12/08/2018

Diag. Cirúrgico:

Fx exposta 5º MTC + Luxação 4º e 5º MTC

Cirurgia:

LMC + redução + fixação

Descrição da Cirurgia:

- ① DTH na região da mão
- ② Anestesia anti-espasmo + controle náusea
- ③ LMC exposta 4º e 5º MTC.
- ④ Redução + estabilização da fratura
- ⑤ LMC
- ⑥ Sutura
- ⑦ Curativo

Feipe Nunes de Almeida
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI: 4315

Cirurgião:

Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

Anestesia:


☐ RAQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS:

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 20/11/2018
ASSIN. 

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

GABRIEL FERREIRA, S/N
MANGUINHA - FLORIANO/PI
(89) 3522-1489

Resumo de Alta / Transferência

1064346 - GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA

Data: 12/08/2018 Leito: EX02

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicamentos relevantes:

Diagnóstico principal:

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos

1- Cirurgia realizada: Cirurgião:

Tipo de anestesia / sedação: Data: / /

2- Cirurgia realizada: Cirurgião:

Tipo de anestesia / sedação: Data: / /

Procedimentos / Exames Invasivos

1- Data: / /

2- Data: / /

3- Data: / /

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Destino: ☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferência para:

Observação:



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: 392 774 133 34 CPF da vítima: 392 774 133 34 Nome completo da vítima: GILDEVAN MOTOS DA COSTA E SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA PERMANENTE DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/ BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SARGEP Nº 445/2012

Nome completo: GILDEVAN MOTOS DA COSTA E SILVA CPF: 392 774 133 34
 Profissão: POLICIAL Endereço: AV - TREZÉ DE JUNHO Número: 288 Complemento:
 Bairro: URBANO Cidade: JERUMENHA Estado: PI CEP: 64.830-000
 E-mail: Tel.(DDD):

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: CONTA:
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 AGÊNCIA: 3563 CONTA: 001 00020998 7
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO COTIVO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

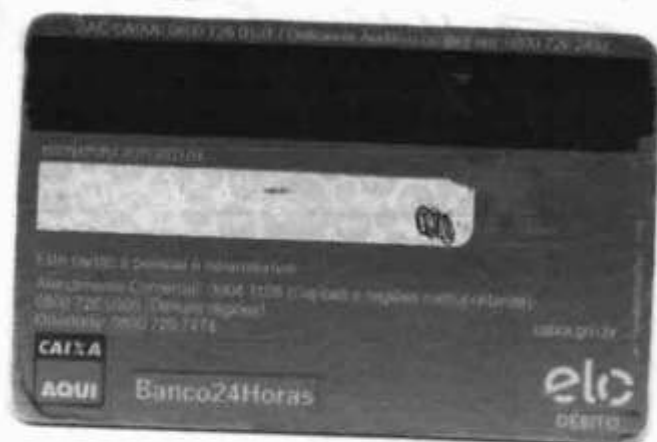
DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: Falecidos:
 Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: Local e Data: 11/01/2019 FLORTIANO TESTEMUNHAS
 Nome: 1ª | Nome:
 CPF: CPF:
 Assinatura: Assinatura:
 2ª | Nome:
 CPF: Assinatura:

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
16 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 268877.000078/2018-85

Unidade de Registro: DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL

Resp. pelo Registro: Stanley Rossine Gonçalves Andrade

Data/Hora: 12/12/2018 - 11:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE JERUMENHA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

JERUMENHA

Endereço

BR 343 NA ENTRADA DA CIDADE DE JERUMENHA, Nº:

Complemento

Data/Hora

12/08/2018 - 16:30

495563

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GILDEVAN MATOS DA COSTA LIMA

Mãe: JOSINA MACHADO DE MATOS E SILVA

Pai: JOÃO LUIZ DA COSTA E SILVA

Endereço: JERUMENHA, Nº S/N

Bairro: NÃO INFORMADO

Cidade: JERUMENHA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

16 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA BIZ 110i

Ano: Placa: Chassi:

PIN5718

Renavam:

01099541457

Cor:

Vermelha

Condutor: GILDEVAN MATOS DA COSTA LIMA

End: JERUMENHA Número: S/N Complemento:

Cidade: JERUMENHA UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

Proprietário: ELIZETE MARIA DA CONCEIÇÃO

Cidade: TERESINA UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu nesta delegacia para informar que no dia 12 de agosto de 2018, por volta das 16:30h estava pilotando a moto Honda Biz 110 cor vermelha, 2016/2016 placas PIN-5718 (proprietário Elizete Maria da Conceição 046.759.543-75) na BR 343, na entrada da cidade de Jerumenha-PI quando apareceu um cachorro na via e acabou por colidir com o animal, perdendo o controle da motocicleta; QUE foi socorrido por familiares e levado diretamente para Hospital Tibério Nunes na cidade de Floriano-PI; QUE teve lesões na mão direita, na perna direita e demais partes do corpo, com debilidades, conforme atestados, prontuários e exames médicos apresentados nesta oportunidade; QUE passou dias internado em tal hospital, tendo sido submetido a procedimento cirúrgico permanecendo ainda sequelado; QUE este noticiante é policial militar. QUE de ordem do delegado Moises Aragão Linhares, lavrou a presente ocorrência. Era o que tinha a registrar.

Stanley Rossine Gonçalves Andrade - Mat. 2991136
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Gildevan Matos da Costa e Silva
GILDEVAN MATOS DA COSTA LIMA - Noticiante
Responsável pela Informação

Moises Aragão Linhares
Delegado Polícia Civil
MPL-200160-X

LNPPJ: 06.553.564/U103-b2
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Funcionario: MARIA CLARA

Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 115

GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA

Nasc.: 31/10/1969 Idade: 48 ANOS, 9 MESES, 12 DIAS Profissão:

CPF: - RG: - SUS: 898003938825571

Civil: CASADO(A) CEP: 64830

End.: 13 JUNHO, 288 -

Bairro: ALTO

Cidade: JERUMENHA/PI

Cor: PARDA

Telefone: () -

Mãe: JOSONA MACHADO DE MATOS SILVA

Pai: JOAO LUIZ DA COSTA E SILVA

Clinica: ORTOPEDIA

Documento: 0000 HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsavel: GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 180X120

Procedimentos

12/08/2018 18:01 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

12/08/2018 18:05 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Exame clínico/físico:

*Vitima do acidente automobilístico e/
fratura no braço @*

Diagnostico provavel:

*Fr. exposta
sinistra @*

Medicação:

Id. antiespasmódicos

*Feipe Ivunes de Almeida
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI: 4315
Ass. Técnico*

Procedimentos/exames realizados:

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
FLORENDO PIAT
CONFERE E ASSINA
DATA 12/08/2018
ASSIN: [assinatura]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
16 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Terminina-PI

14.08. notificado pelo P.U.H. [assinatura]