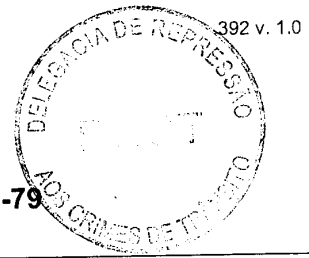




Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001569/2019-79

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Responsado pelo Registro: Almirallice Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 26/04/2019 - 15:33

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA JULIANO MOREIRA, Nº:

Complemento

Data/Hora

02/11/2017 - 19:45

Bairro

CABRAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

RG: 2132413

Mãe: SALETTE MARIA BORGES CALLAND

Endereço: QUADRA 15, CASA 25, Nº

Bairro: JACINTA ANDRADE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA ORIENTANDO UM VEICULO (ELE FLANELINHA), ESTANDO O MESMO NO ACOSTAMENTO, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE VINHA EM ALTA VELOCIDADE FOI DESVIAR DE UM VEICULO E ATROPELOU A VITIMA, LESIONADA FOI SOCORRIDO POR TERCEIRO, ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 427356, FATO TESTEMUNHADO POR NAILSON BARBOSA DA COSTA, CPF 058.391.693-74, ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almirallice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
AGENTE DE POLÍCIA

GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

DOCUMENTO ORIGINAL
MÉDIA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 07/05/2019





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA** (Prontuário: 427356)
Endereço: QUADRA 15, CASA 25, JACINTA ANDRADE - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 29/06/1980 Idade: 37a:7m:2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 634412
Requisição: 787249 Solicitação: 02/11/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 976695 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204010080

Data Exame: 02/11/2017

CRANIO

O estudo radiológico do crânio foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Afundamento da placa óssea parietal superior.
- Partes moles sem particularidades.

CONCLUSÃO: Afundamento da placa óssea parietal superior.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 31/01/2018

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA (Prontuário: 427356)**
Endereço: QUADRA 15, CASA 25, JACINTA ANDRADE - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 29/06/1980 Idade: 37a:6m:21d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 201437
Requisição: 788423 Solicitação: 07/11/2017 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
Controle: 978092 Convênio: S U S POSTO 1 ENFERMARIA 100 LEITO 003

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 07/11/2017

COTOVELO ESQUERDO

O estudo radiológico do cotovelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, no olécrano.
- Aumento do volume das partes moles do cotovelo.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 20/12/2017

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA** (Prontuário: 427356)
Endereço: QUADRA 15, CASA 25, JACINTA ANDRADE - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 29/06/1980 Idade: 37a:5m:15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 201437
Requisição: 787310 Solicitação: 03/11/2017 Solicitante: CLECITON BRAGA TAVARES
Controle: 976761 Convênio: S U S POSTO 1 ENFERMARIA 100 LEITO 003

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 03/11/2017

COTOVELO ESQUERDO

O estudo radiológico do cotovelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura fragmentada recente no olecrânio.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 13/11/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



100





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA** (Prontuário: 427356)
Endereço: QUADRA 15, CASA 25, JACINTA ANDRADE - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 29/06/1980 Idade: 37a.6m.21d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO
Requisição: 788423 Solicitação: 07/11/2017 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO Atendimento: 201437
Controle: 978094 Convênio: SUS POSTO 1 ENFERMARIA 100 LEITO 003
Cod. SIA: 0204040094 Data Exame: 07/11/2017

RELATÓRIO:

MAO ESQUERDA

O estudo radiológico da mão esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

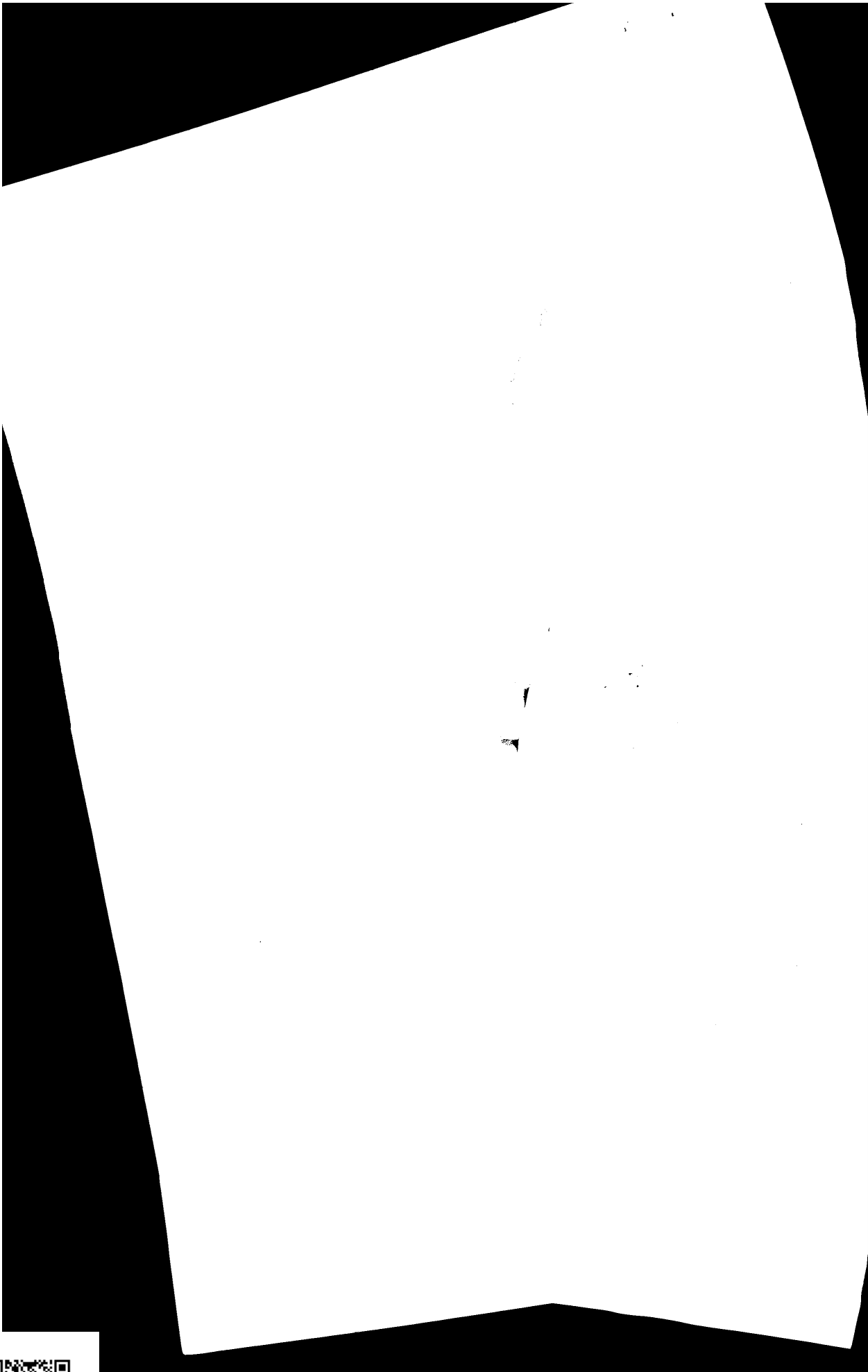
- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, no 5º metacarpiano.
- Fios metálicos no carpo.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 20/12/2017

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável







HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA** (Prontuário: 427356)
Endereço: QUADRA 15, CASA 25, JACINTA ANDRADE - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 29/06/1980 Idade: 37a:5m:5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 634412
Requisição: 787255 Solicitação: 02/11/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 976701 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 02/11/2017

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL ESQUERDO.
- FRATURA, COM AFUNDAMENTO, NA ALTA CONVEXIDADE PARIETAL PARASSAGITAL ESQUERDA.
- PNEUMOENCÉFALO FRONTAL ESQUERDO.
- HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA FRONTAL ESQUERDA, COM DISCRETO EDEMA ADJACENTE.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 03/11/2017

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável







HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA** (Prontuário: 427356)
 Endereço: QUADRA 15, CASA 25, JACINTA ANDRADE - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 29/06/1980 Idade: 37a:5m:15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 201437
 Requisição: 787310 Solicitação: 03/11/2017 Solicitante: CLECITON BRAGA TAVARES
 Controle: 976761 Convênio: S U S POSTO 1 ENFERMARIA 100 LEITO 003

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 03/11/2017

COTOVELO ESQUERDO

O estudo radiológico do cotovelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura fragmentada recente no olecrânio.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 13/11/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAUJO
 Rua Magalhães Filho, 152 - Su Centro - Fone: 86 3221-3040
 TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA** (Prontuário: 369063)
 Endereço: RUA CLODOALDO FREITAS 2507 - PORENQUANTO - TERESINA - PI CEP: -
 Nascimento: 29/06/1980 Idade: 37a:5m:24d Sexo: Masculino Origem: OUTRA UNIDADE Atendimento: 0
 Requisição: 99239 Solicitação: 20/11/2017 Solicitante: CELSO ANTONIO
 Controle: 117212 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 20/11/2017

COTOVELO ESQUERDO

- Controle evolutivo pós-operatório de osteossíntese do olécrano da ulna com materiais de fixação normoposicionados.

(FRANCISCA

TERESINA - PI 22/11/2017

LARA BASILIO MEDEIROS VERAS

CRM 3373 PI

Profissional Responsável







HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA** (Prontuário: 427356)
Endereço: QUADRA 15, CASA 25, JACINTA ANDRADE - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 29/06/1980 Idade: 37a:6m:21d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 201437
Requisição: 788423 Solicitação: 07/11/2017 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
Controle: 978093 Convênio: S U S POSTO 1 ENFERMARIA 100 LEITO 003

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 07/11/2017

ANTEBRACO ESQUERDO

O estudo radiológico do antebraço esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, no olécrano.
- Aumento do volume das partes moles do cotovelo.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 20/12/2017

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

NEURO

C. geral

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome:	GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA	Prontuário:	427356
Mãe:	SALETTE MARIA BORGES CALAND	Pai:	JOSE LUIZ FEITOSA BORGES DE MORAIS
End. Resid.:	QUADRA 15, CASA 25, JACINTA ANDRADE - SANTA MA. CODICI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	29/06/1980	Idade:	37a:5m:4d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99867-1011
Responsável:	O MESMO	CNS:	10400000000000000000
Profissão:	GRAFICO	Documento:	FG: 10400000000000000000
G. Instrução:	Não informado	E. Civil:	Solteiro
End. Local.:	- - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	634412	Data:	02/11/2017 20:56:27	Condução:	
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO PEDESTRE/ATROPELAMENTO	Convênio:	S U S		
vid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
				CID Secundário:	Y009

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
AGRESSÃO	Hemorragia menor incontrolável	QUIRURGIA	Amarelo
Breve História:	RAIO X REALIZADO		
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE, APRESENTANDO: LACERACÃO NA CABEÇA, FERIDA, EMANEJO, AGITADO, REFRE. CEFALIA	DATA 02/11/2017		
	Técnico: Manoel		
	M. CALVALHO DA SILVA		
	CPF: 397108		
	Im: 02/11/2017 21:04:57		

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente afirma ter sofrido acidente por atropelamento em região fronte parietal, sendo ingerido de bebida alcoólica. ECG: IS, AC: BUE, RR, CT AP: MV diminuída em ambos hemitórax. Abdome macio e palpável. Apresenta ferimento em ambos MMSS.

R ZENON ROCH.

GRAFIA COMPUTADORIZADA

02.11.17 às 22:35h

Pulso: ____

FC: ____

Técnico: Manoel

TECNOLOGIA

CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado R. Caixa
SFO, 9% - 500ml, EV, Agora
Neuro Rx

MOTIVO DA ALTA/ENCERROAMENTO:

303040092 506.8

DATA: ____ HORA: ____

Assinatura: ____ CID

Assinatura: ____ Médico

Assinatura: ____

Assinatura: ____

Assinatura: ____

Assinatura: ____

Assinatura: ____

Assinatura: ____





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



Data/Hora 03.11.17 12h 10	Nome Gleice Leao Coland Fictors	Prontuário 428366	Data Nascimento 20/06/1970
Sector P2	Observação () Internado ☒	Especialidade Muro	KANBAN () Verde () Amarelo ☒ Vermelho

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1- ☒ Consciente ☒ Orientado () Desorientado () Torporoso/Glasgow: () Plegia () Parestesia
2- ☒ Fásico () Difásico () Afásico
3- ☒ Sono e repouso preservados () Insônia relacionada à: () Lacerações-Região:
4- ☒ Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Pele íntegra () Escoriações-Região: () Lacerações-Região:
5- ☒ Eupnéico () Dispneico () Ortopneico () Respiração espontânea () Traqueostomia () Aporte de O ₂ por: () Demais alterações:
6- ☒ Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () BCF: () Alterações:
7- ☒ Aceita dieta oferecida () Inapetência () Hematêmese () Dieta zero aguardando:
8- ☒ Diurese fisiológica () Disúria () Anúria () Poliúria () Oligúria () Diurese concentrada () SVD: ml () Demais alterações:
9- ☒ Evacuações fisiológicas () Constipado há dias () Diarréia () Melenas () Demais alterações
10- ☒ Hidratação venosa com 500ml em: () MSD () MSE () avc () Jugular () Outros: Aspecto da ferida:
11- Curativo tipo: () Oclusivo () Compressivo / Localização: mmHg:
12- SSVV: Tax = °C; P = bpm; FR = rpm; PA = mmHg:
13- Demais anotações: <i>paciente em uso de medicação.</i>







FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Planilha 1
PRESCRIÇÃO MÉDICA

GEIS A

NOME DO PACIENTE		CLÍNICA		ENF. OU AP		LEITO		MÉDICO ASSISTENTE		
Glaucia Porto Calva		4230303		2341		EXR		GEIS A		
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
07/11/17	POI # Cephal (blue) + blue + 5º ketorolaco (5)					15:00 Paciente admi- nistrada na clínica estabilizada, sem PO de prolapso, sem queixas de dor, de vômito, diarréia, tór- ax (fissão) + 5º MC. Se- que cardiaca, ex- tremas, tórax, supu- es. Resposta boa, ANS e dor de re- quecimento.				
1	Dieta oral livre após efeito anestésico									
2	SG 5% 1000ml + SF 0,9% 1000 ml EV EM 24H									
3	Ketilin 1g + AD EV 6/6h			08/11/17						
4	Dipirona 01 amp + AD EV 6/6h			08/11/17						
5	Tilatil 20mg 01 amp + AD EV 12/12h			08/11/17						
6	Tramadol 50mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS									
7	Plasil 10 mg 1 amp EV 8/8h SOS									
8										
9	Dr. Celso Luiz da Costa Lima Médico Oncologista CRM-PA 3064									
Após 600x é feita de exame									RAIO-X REALIZADO DATA 07/11/2017 Técnico: [assinatura]	
Tela mão / Arco Pélvis										
Dr. Celso Luiz da Costa Lima Médico Oncologista CRM-PA 3064										



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

NOME Gláucio Pedro IDADE 40 anos DATA 07/11/2017
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 40 min TIPO DE ANESTESIA() GERAL() RAQUIDURAL() BLOQUEIO() PERIDURAL() SEDACÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fístulas múltiplas em m SE CIRURGIÃO Gilvan

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>131 / 83</u>	<u>121 / 70</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>83</u>	<u>73</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>96%</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)	<u>/</u>	<u>/</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>/</u>	<u>/</u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Gilvan</u>	<u>Gilvan</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	ÍNDICE	ADMISSÃO				SAÍDA
		2	1	0	0	2
Movimenta os quatro membros	2	☒	☐	☐	☐	☐
Movimenta dois membros	1	☒	☐	☐	☐	☐
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	☐	☐	☐	☐	☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	☒	☐	☐	☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	☐	☐	☐	☐
	Tem apnéia	0	☐	☐	☐	☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	☒	☐	☐	☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	☐	☐	☐	☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	☐	☐	☐	☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	☒	☐	☐	☐
	Desperta, se solicitado	1	☐	☐	☐	☐
	Não responde	0	☐	☐	☐	☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	☒	☐	☐	☐
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	☐	☐	☐	☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	☐	☐	☐	☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

☒ 0 ☐ 2 ☐ 4 ☐ 6 ☐ 8 ☐ 10

ESCALA DE DOR ALTA

☐ 0 ☐ 2 ☐ 4 ☐ 6 ☐ 8 ☐ 10

TOTAL 09
 ASS. APR. M. Mendes Brito
 ENFERMEIRO
 CCHEN-PI 200517

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog() Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

8:40 Admitido no SRPA em P04 de tto cirúrgico para fístulas múltiplas em m SE. Sob efeito do B.P.B. consciente, calmo, pócor, respirando em ambiente. FV com ruídos ves. sem queixas. mm. 36°C.

APR. M. Mendes Brito
 ENFERMEIRO
 CCHEN-PI 200517

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Jonh Herbert da Oliveira Rocha
 ANESTESIOLOGISTA
 CRM-PI 1306

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] PORT [] NEU [] CIR [] MÉD

GM/06/17



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO			
NOME DO PACIENTE CLAUDIO PEDRO C FARIAS							
DATA 07/11/18	P. ARTERIAL 130x80mm	PULSO 80b/min	RESPIRAÇÃO 18	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
				10.50	11.50	TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3						
LIQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 200 100						
TEMPERATURA T	Cº	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO	38					SEQUÊNCIA	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS BLOQUEIO DE PLEXO BRACHIAL + AXILAR						INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS							
CIRURGIÕES Dr. CAIO VAZ							
ANESTESISTAS Dr. ADRIANO L. CAMARGO							
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							
PARTICULARIDADES							

MOD 76 - HUT



Assinado eletronicamente por: HAUZENY SANTANA FARIAS - 25/06/2019 17:12:25

https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1906251712249700000005221918

Número do documento: 1906251712249700000005221918

Num. 5450005 - Pág. 4



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Oliverio Pedro Calvelo Feitor</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fraturas Múltiplas M.S.E</i>		
Operação - Tipo <i>Osteomielite</i>		
Cirurgião <i>Dr. Cab. Vaz de Oliveira Neto</i> Médico Ortopedista CRM-PI 3054	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Jareneia</i>	Anestesista <i>Dr. Adriano</i>	Anestesia <i>BPB</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>07/11/17</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>Fratura do Olecrano / Fratura do pter. Ulna / Fratura 5º metacarpo</i>		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		
DESCRÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		
<i>Paciente sob anestesia - Anestesia e Antineptia.</i>		
<i>Redução e fixação percutânea de fratura do 5º metacarpo M.S.E</i>		
<i>Aberto Poteris Colado - Exporção e redução de fratura do Olecrano</i>		
<i>Proced. de Kirsch e Círculo</i>		
<i>Proced. fratura ulna sobre a fix. Kirsch</i>		
<i>Pós X - Removido - Sutura</i>		
<i>Anestesia - Talo Genoda</i>		

Dr. Cab. Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07/11/17

NOME DO PACIENTE:	Cláudio Pedro Caland. <i>Boa noite</i>	BOLETO Nº:	422356
DIAGNÓSTICO:	Lesões múltiplas M.S.E	CIRURGIA:	Ortopedia
ANESTESIA:	BPB	Nº DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI 3054	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dr. Adriane	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Jenivã	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 1024	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	04		LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8.0	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500ml	UNID.	-	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		Cateter 02		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eletródos		05 unid.	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Encovas		03 unid.	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Crepon		04 unid.	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				Faixa de suessh		02	
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Solange P. Moura			
PROLENE				Téc. Enfermagem			
				COREN-PI: 453.429			

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: HAUZENY SANTANA FARIAS - 25/06/2019 17:12:25

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062517122497000000005221918>

Número do documento: 19062517122497000000005221918



Assinado eletronicamente por: HAUZENY SANTANA FARIAS - 25/06/2019 17:12:25

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062517122497000000005221918>

Número do documento: 19062517122497000000005221918



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02/11/17

NOME DO PACIENTE:	<u>Glaurcio Pedro C. Feitosa</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>427356</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Agressão física</u>	CIRURGIA:	<u>Sutura</u>
ANESTESIA:	<u>local (lidocaina s/v)</u>	Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:		CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:		CPF Nº:	

Thiago Carvalho Resende
Médico
CRM - PI: 6654

BSIC

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº <u>7,0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR		
ALCOOL 70%	ML			PVPI DE GERMANTE	ML		
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>20ml</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.			SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>20cm</u>		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>300ml</u>	
GASES	PAC.	<u>05</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>01 atadura</u>			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Suturas + curativo</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>3,0</u>	<u>06</u>						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE				<u>tec: Nitrois</u>			

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: HAUZENY SANTANA FARIAS - 25/06/2019 17:12:25

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062517122497000000005221918>

Número do documento: 19062517122497000000005221918

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Glauceo Pedro Caland Feitosa
nacionalidade: Brasileira, estado civil: Solteiro, RG:
2132 413-45 CPF: 062.064.033-00, com endereço:
Qd-15, Casa-25, Jacinta Andrade, Cep: 64013-468.

OUTORGADO: **Hauzeny Santana Farias**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Piauí - OAB/PI sob o nº. 18051, com escritório profissional na Rua Governador Tibério Nunes, nº. 329, Cabral, Teresina - PI, e endereço eletrônico: hsf.adv@hotmail.com.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "*ad-judicia et extra*", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Teresina, Piauí. 07 de junho de 2019.

Glauceo Pedro Caland Feitosa

Outorgante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3190311648	CPF da vítima: 962.064.033-00	Nome completo da vítima: Gláucio Pedro Calland Feitosa
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Gláucio Pedro Calland Feitosa	CPF: 962.064.033-00	
Profissão: Recuso	Endereço: 962-15 CA-25	Número: 64013-468
Bairro: Jamita Andradá	Cidade: Teresina	Estado: PI
E-mail:	CEP: 64013-468	Tel. (DDD): (86)(88) 9567-5959

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

RENDA MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **2004** CONTA: **88881** **7**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que 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 na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Assinatura do representante legal da vítima/beneficiário

Local e Data, **Teresina, 07/05/2019**
Nome: _____
CPF: **962.064.033-00**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gláucio Pedro Calland Feitosa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

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

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

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: HAUZENY SANTANA FARIAS - 25/06/2019 17:12:25

https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062517122556700000005221923

Número do documento: 19062517122556700000005221923





Buscar no site



A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190311648 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS EIRELI - ME

BENEFICIÁRIO GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

CPF/CNPJ: 96206403300

Posição em 15-06-2019 08:45:07

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/05/2019	R\$ 2.700,00	R\$ 0,00	R\$ 2.700,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
06/06/2019	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/I0Rf47v2OqqJC02IT0QuUQ==/JkEapi_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8T__tBWRtrXiuphkufAm93ts=)
17/05/2019	Interrupção de Prazo	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/eSIRTMo7eBRofbrg6doS9A==/api_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8T__tBWRtrXiuphkufAm93ts=)
10/05/2019	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/4aOgu2A__qRXIHZqeVH0uXQapi_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8T__tBWRtrXiuphkufAm93ts=)



Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190311648 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS EIRELI - ME

BENEFICIÁRIO GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

CPF/CNPJ: 96206403300

Posição em 18-05-2019 10:52:04

Seu pedido de indenização está em fase de realização de perícia médica. É muito importante que você compareça no endereço ab

DADOS DA PERÍCIA

Data do agendamento: 21/05/2019

Tipo de local: Clínica

Nome do local: Clínica Médica - Dr. Frederico Fonseca - 10:30 às 13:00 hs

ENDEREÇO

Logradouro: Av Marechal Castelo Branco

Número: 911

Complemento: Shop. Rio Poty/ sala 420

Bairro: Cabral

Município: Teresina

UF: PI

Telefone: (81) 3126-4650

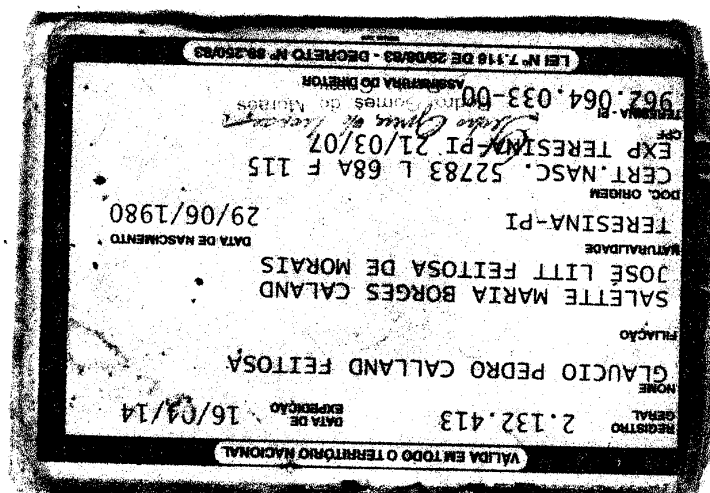
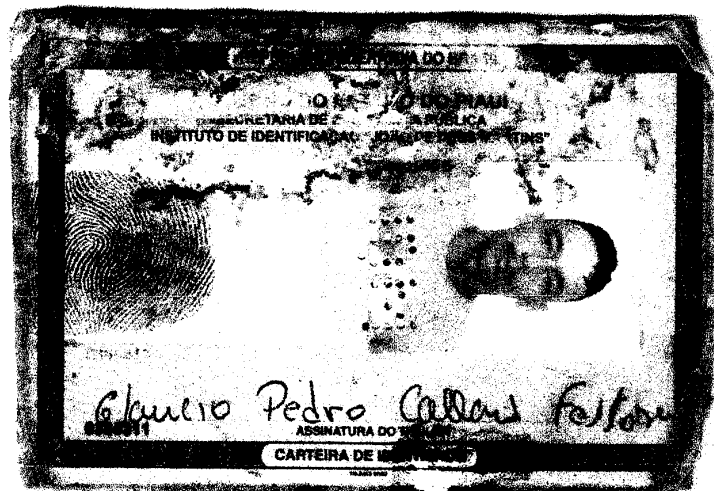
Celular: (81) 99801-0370

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
---------------	------------	-----------









GLAUCIO PEDRO CALLANO FEITOSA
Q 15 25
JACINTA ANDRADE
64013 - 468 TERESINA PI

Acesse sua conta e outros serviços:
No App Minha Claro
Na internet - minhaclaro.com.br
Pelo celular *1052#
No Atendimento Claro 1052
Para fatura em braille, ligue 1052

2ª Via de Fatura
Número do seu Claro 86 99594 7338
Período de Uso de 21/03/2019 a 20/04/2019
Vencimento 10/05/2019
Total a Pagar R\$ 47,76

Veja aqui o que está sendo cobrado

Débitos Anteriores - Ref 02/2019	R\$	45,72
Débitos Anteriores - Ref 03/2019	R\$	1,05
Débitos Anteriores - Ref 04/2019	R\$	0,57
Total de Débitos	R\$	47,34

Individuais		
Juros e Multa	R\$	0,42
Total do Mês	R\$	0,42

Total a Pagar	R\$	47,76
----------------------	------------	--------------

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

55
Prezado Cliente,
O total valor a ser pago refere-se à conta atual e eventuais saldos anteriores.
Caso tenha efetuado este pagamento, utilize o boleto do Mês, na última página.

Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica:

Para uso do banco



Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
GLAUCIO PEDRO CALLANO FEITOSA	120369562	21/03/19 a 20/04/19	R\$ 47,76	10/05/19
	Claro NE DDD 81 a 89			

84840000000-3 | 47760221201-8 | 90510120369-0 | 56200428122-7



Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.



