



Número: **0800441-66.2018.8.18.0057**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **26/09/2018**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDRE JOSE DA SILVA (INTERESSADO)		TIBERIO FARIAS DE OLIVEIRA BISPO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
3431102	26/09/2018 17:09	Documentos André	Documentos



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

700 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 205752.000054/2017-31

Unidade de Registro: DP DE JAICOS

Resp. pelo Registro: Neurisnaldo Ramos Guerra

Data/Hora: 30/11/2017 - 12:54

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE MASSAPÉ DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

MASSAPÉ DO PIAUÍ

Endereço

LOCALIDADE VILÃO, Nº:

Complemento

ZONA RURAL

Data/Hora

11/08/2017 - 14:30

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANDRÉ JOSÉ DA SILVA

RG: 2500968 SSP PI

Endereço: LOCALIDADE VILÃO, Nº:

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: MASSAPÉ DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA NXI 150 BROS ES

Condutor: ANDRÉ JOSÉ DA SILVA

RG: 2500968 Órgão: SSP UF: RG: PI

End: LOCALIDADE VILÃO Número: Complemento: ZONA RURAL

Cidade: MASSAPÉ DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: ANDRÉ JOSÉ DA SILVA

Cidade: JAICOS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA RELATAR QUE no dia, horário e local supra conduzia a motocicleta acima de sua casa para a casa de um amigo, quando foi surpreendido por um banco de areia, perdeu o controle do veículo e veio a cair. Que, na queda, bateu a cabeça no chão e fraturou osso do maxilar. Que foi socorrido por vizinhos e levado ao Hospital Floriano Silva, em Jaicós, onde foi encaminhado para o Hospital Regional Justino Luz, em Picos - PI. Que, ao chegar, foi reencaminhado para o Hospital de Urgência de Teresina (HUT), onde foi medicado e, posteriormente, liberado. E O RELATO.

Neurisnaldo Ramos Guerra - Mat. 2799464
AGENTE DE POLÍCIA

ANDRÉ JOSÉ DA SILVA - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

Boletim de Ocorrência emitido em: 30/11/2017 12:20 - SisBO@2011-2017 AT

Página 1/1

Scanned by CamScanner



TERMO DE ADITAMENTO E RETIFICAÇÃO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº 205752.000054/2017-31.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO em 11/08/2017.

VÍTIMA: ANDRÉ JOSE DA SILVA



Consigno neste feito o ADITAMENTO E RETIFICAÇÃO DO B.O acima numerado, corrigindo os campos:

DADOS DA OCORRÊNCIA:

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS: item qualificação da vítima: natural de Jaicós-PI, nascido em 04/02/1981, casado, lavrador, filho de Josefa Luiza da Silva e Jose Pedro da Silva, RG 2.900.968-SSP-PI, expedida em 26/07/2006, CPF 666.550.303-82, residente na localidade "Vilão", s/n, zona rural do município de Massapê do Piauí-PI, CEP.: 64.573-000.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S): acrescente-se o ano do veículo; 2009.

RELATO DA OCORRÊNCIA: "Tornar sem efeito o relatoQue ao chegar foi reencaminhado para o Hospital de Urgência de Teresina(HUT), onde foi medicado e, posteriormente, liberado. NADA MAIS A ADITAR E NEM A RETIFICAR.

Jaicós/PI; 06 de dezembro de 2017.

Tiberio Farias de Oliveira Bispo
Agente Policial Civil
Mat. 2159-144

Scanned by CamScanner



2.900.968 26/07/06

ANDRE JOSE DA SILVA *

JOSEFA LUIZA DA SILVA
JOSE PEDRO DA SILVA
JAICOS-PI 04/02/1981

CERT. NASC. 10799 L 11-A F 151
EXP JAICOS 05/09/83
666.550.303-82

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO DO PIAUÍ

ANDRE JOSE DA SILVA

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
666.550.303-82

Nome
ANDRE JOSE DA SILVA

Nascimento
04/02/1981

CÓDIGO DE CONTROLE
9D36.FCED.2365.D69C

Emisso pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 20:45:03 do dia 09/11/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 04

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Scanned by CamScanner



BRASIL
(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Serviços Barra GovBr



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 666.550.303-82

Nome: ANDRE JOSE DA SILVA

Data de Nascimento: 04/02/1981

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 06/07/2000

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 08:41:19 do dia 24/01/2018 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 8C0D.20FE.59F1.B993



Eletronbras
Distribuição Piauí

Para contato com a
Educação, informe
este número: **0710331-0**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
CNPJ 06.746.001-001 - Contato: 0800-10-1010
RUA VILÃO S/A B-RURAL - CAJARI - PI
Inscreva-se no CNPJ de entrega de energia elétrica - 01/2017
Nº de Prova Fiscal: 000544053
A Tarifa Social de Energia Elétrica - Tarifa Reduzida
pela Lei nº 10.433 de 24 de Maio de 2002

NOVEMBRO/2017 21/11/2017 86 46,75

ANTONIA DA COSTA MENDES
LC VILÃO S/A B-RURAL
CPF: 00089099915349
CEP: 64.573-000 - MASSAPE DO PIAUÍ
ROT: 213 508 00 83 061000

Ativ:	7015	Ativ:	13/11/2017
Ativ:	0929	Ativ:	11/10/2017
Consumo de Multigeração:	1,000	Problema Técnico:	12/12/2017
Consumo Medido:	36	Emissor:	14/11/2017
Consumo Faturado:	46	Faturado:	14/11/2017

NORMAL 33

Classificação	Unidade	Medição Medida	Posto	Consumo Tar.	Medida 12 meses
RESID. BA. RENDA	NUNO	A735001		1.4.1.1	75

Mês/Ano	Consumo	Valor
OUT/17	64	8,11
SET/17	72	25,96
AGO/17	69	3,86
JUL/17	63	33,62
JUN/17	75	25,43
MAY/17	86	0,54
ABR/17	80	0,09
MAR/17	83	
FEV/17	84	
JAN/17	69	

LIGUE 0800 086 0800 e FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1
Parabéns! Até o dia 02/11/2017, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Distribuição	Valor	Base de Cálculo	Valor
Atividade	14,61	Alíquota ICMS	67,60
Encargos	27,78	Valor do ICMS	20,00%
Impostos	4,37	Valor do PIS	13,53
	4,42	Valor do COFINS	0,53
	16,51		2,45

6,47	12,94	25,89	3,61	7,22	14,45	3,30
0,00			0,00			0,00
PICOS: JUNCO 09/2017 8,38						



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA-GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
13ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL – JAICÓS

AV. CEL. ARISTIDES MENDES, Nº 536, BAIRRO SERRANÓPOLIS, JAICÓS-PI – CEP Nº 64.575-000



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, e a pedido do requerente, que não existe Instituto Médico Legal – IML nesta cidade de Jaicós/PI, bem como nas cidades circunvizinhas de Padre Marcos-PI, Patos do Piauí-PI, Vila Nova-PI, Massapê-PI, Belém do Piauí-PI, Francisco Macedo-PI e Campo Grande-PI.

Jaicós-PI, 30 de Novembro de 2017.

Neurisna J. Ramos Guerra
Agente de Polícia Civil
Mat.: 279946-4

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO



CONFERIR

Scanned by CamScanner



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ANDRÉ JOSE DA SILVA

CPF da Vítima

666-550-302-82

Data do Acidente

11/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MASCARÉ/PI, 15 de MARÇO de 2018.

Local e Data

x André José da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

DRA. MARILÂNDIA FARIAS DA SILVA

FISIOTERAPEUTA CREFITO-115571-F

Rua Manoel da Cruz Coutinho nº344 – Serranópolis – Fone (89) 9903-3773

Declaração

Declaro para os devidos fins que o paciente **André José da Silva**, portador do CPF; **666.550.303-82** realizou avaliação com a fisioterapeuta. No qual foi relatado que foi vítima de acidente de trânsito no dia 11/08/2017, conforme boletim de ocorrência, apresentando diagnóstico de fratura facial na parede lateral da órbita direita, com edema facial e dor. Foi submetido ao tratamento medicamentoso. Ao final do tratamento o paciente apresenta como sequela: uma leve depressão na órbita direita. O paciente está de alta definitiva.

Jaicós PI, 20 de Janeiro de 2018.

Dra. Marilândia Silva
FISIOTERAPEUTA
CREFITO - 115571-F
NASF - 1C

Fisioterapeuta: Marilândia Farias da Silva

Scanned by CamScanner





PREFEITURA MUNICIPAL DE JAICÓS-PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL FLORISA SILVA
CNPJ: 02.110.793/0001-27
Av. Frutuoso Juscelino, 1005
CEP: 64.575-000 - Bairro Nova Olinda - Jaicós/PI



SIASUS SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL 703408341108322 CLÍNICA:
---	--

2 - DADOS CADASTRAIS DO PACIENTE
NOME: André José da Silva
NASC: 14/12/1981 SEXO: (X) MASCULINO () FEMININO
REGISTRO COMPLETO: _____ IDENTIDADE: _____
ENDEREÇO COMPLETO: Vila Nº _____ BAIRRO: Meia
NOME DA MÃE: JOSEFA LUIZA DA SILVA
MOTIVO ATENDIMENTO: Acidente de trânsito DATA: 12/12/17

3 - Código da labela do procedimentos do SIASUS	8 - Código Especificação Atividade Faixa Etária	10 - Prof. Setor	11 - Dados de exames clínicos tratamento e definição dos procedimentos	12 - Assinatura Profissional
			- TCE + Hematoma e fratura em face D. por acidente motociclístico co: Intubação Hospitalar TC de Crânio MARLA NASCIMENTO MED CRM 13359	
6 - TIPO	7 - GRUPO	13 - DIAGNOSTICO CID	14 - ASSINATURA PACIENTE	15 - POLEGAR DIREITO
			<u>Eline Maria da Silva Mendes</u>	

DESTINO DO PACIENTE APOS ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA
ATENDIMENTO EM

SINAIS VITAIS	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA





HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOMBA, PÍCOS/PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0452114
Data: 11/08/2017
Funcionário: TAILA

Registro: 374008
Hora: 16:45:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 105

SUS

ANDRE JOSE DA SILVA

Nasc.: 04/02/1981 Idade: 36 ANOS, 6 MESES, 7 DIAS Profissão: AGRICULTOR
End.: VILAO, 0 - SN Bairro: ZONA RURAL
Cor: PARDA Telefone: (89) 9990-15362 Mãe: JOSEFA LUIZA DA SILVA

CPF: 666.550.303-82 - RG: 2900968 - SUS: 703408341108300

Civil: CEP: 64573-000

Cidade: MASSAPE DO PIAUI/PI

Pai: JOSE PEDRO DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: AMB DE MASSAPÊ

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Parência de vítima de acidente motociclistico com
lesão facial traumática com edema facial e ferimento de pele

Hora: _____
☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel: - Ferimento de monilização profunda?

Prescrição Médica: - Difenidramina 1mg em
- Difenidramina 1mg, 4x
- Rato - x de face AP, perfil, frontal RX OK
- Rato - x de tórax PA e

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 16:57:55

Prioridade:

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

Queixa/História: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO REFREU TRAUMA NA FACE(DOR E EDEMA)+ ESCORIAÇÕES

Alergias: NDN

Medicação Usual: NDN

PA: 190/110 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: NEGA HAS E DM

Conduta: AO CLINICO

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 06/08/2017
Funcionário: TAILA

513731 - JESSICA LANGE LEAL DA ROCHA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia

Destino:

Hora:

Andre Jose da Silva
ANDRE JOSE DA SILVA
Paciente ou Responsável

6346 - RAPHAEL REBELO SOUSA
Médico Responsável



**CLÍNICA
PICOENSE
DE RADIOLOGIA**

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA-RAIO-X DIGITAL -MAMOGRAFIA
DIGITAL -TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA -
ULTRASSONOGRAFIA -DENSITOMETRIA ÓSSEA

Paciente:

ANDRE JOSE DA SILVA

Idade:

36,6 Ano(s)

Médico:

Nº do Exame:

204342

Convênio:

Particular

Data:

14/08/2017

T.C. - CRÂNIO "

Laudo

METODOLOGIA:

Estudo realizado com cortes de 05mm, na fossa posterior e 10mm no restante do crânio, sem o uso de contraste endovenoso.

ANÁLISE:

- Fratura na parede lateral da órbita direita.
- Parênquima encefálico com valores de atenuação dentro da normalidade.
- Sistema ventricular anatômico.
- IV ventrículo centrado.
- Cissuras e sulcos corticais sem anormalidades.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações.

Conclusão

- Fratura na parede lateral da órbita direita.

DRA. LARISSA MACÊDO SOARES
CRM - 3930/PI

DR. WALTER PEREIRA SOARES
CRM - 517/PI

Scanned by CamScanner







AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 660.550.303-82 CPF da Vítima: 660.550.303-82 Nome completo da vítima: ANDRÉ JOSE DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: ANDRÉ JOSE DA SILVA CPF titular da conta: 660.550.303-82 Profissão: LAURADOR
Endereço: LOP. "VILAÃO" Número: 84 Complemento:
Bairro: ZONA RURAL Cidade: MASSAPÉ Estado: PIAUÍ CEP: 641.578-000
Email: (81) 9-9438-6910 Telefone (DDD): (81) 9-9438-6910

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

AGÊNCIA NÚM. 3858 D/V 00006896 D/V 4
(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NÚM. 3858 D/V 00006896 D/V 4
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

MASSAPÉ/PI, 15 de MARÇO de 2018.

Local e Data

André José da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Scanned by CamScanner



Clínica
Santa Cecília

ANDRÉ FUSO DA SILVA
LAUDO

Consultas
Clínica Médica
Ortopedia
Fisioterapia
Estética
Fonoaudiologia
Nutrição
Laboratório
Cardiologia
Eletrocardiograma
Ecocardiograma
Otorrinolaringologia
Neurologia
Ultrassonografia
Pediatría
Endocrinologia
Dermatologia
Ginecologia

PACIENTE PORTADOR
DE FRATURA NA
PAREDE LATERAL DA
VÁLVULA DORSAL, COM
CONSOLIDAÇÃO VUL-
SA. CID: M84.0.

ALMOSSOA PA-
ROUSADA NA PÉ-
SISA M FACA NA
DIREITA. N. PBM,
CID M84.0.

25.06.18

Raimundo Norato Rodrigues de Moura
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1700 / CRM-PE 8770

(1.600)

Rua Olegário Luz, nº 89 - Serranópolis - Jaicós(PI)
Fone: (89) 9 9986-1126 / 9 9431-4341

Scanned by CamScanner

