



15/06/2020

Número: **0834441-03.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **20/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MICHAEL THALISON GOMES MARQUES (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10254743	15/06/2020 13:45	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Declaração de Inexistência de IML

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

Nº do sinistro ou AS: _____ CPF da vítima: 396.211.893-49 Nome completo da vítima: GIL CELSO DE MENESES FONTENELE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - ROLAR SUSP Nº 445/2012

Nome completo: GIL CELSO DE MENESES FONTENELE CPF: 396.211.893-49

Profissão: AJUDANTE DE URBANISMO Endereço: RS. HERACLITO FORTES - Q-02 Número: 36 Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: BRASILEIRA Estado: RJ CEP: 64.265-000

E-mail: courengean@hotmail.com Tel (DDD): (86) 99823-6360

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

RENDA 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (3410)☐ Banco do Brasil (0010) ☐ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO _____

AGÊNCIA: 5808 CONTA: 0007043 2

(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.

Fato 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 do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ 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

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.

Local e Data: PIRAPARA - RJ, 13/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROLAR

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

FPS001 V001/2018



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 3428	02 Data do chamado 21/05/18	03 PRO (código) 2900	04 Saída do PA 2132	05 Chegada ao local 2140
	06 Saída do local 22105	07 Chegada ao 1º hospital 22124	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço R. 04 de janeiro centro N.	11 Bairro	12 Município UF Teresina - PI	Código IBGE 5101000	
	13 Ponto de referência TRE				
Dados do Paciente	14 Nome Michael Thaleson Gomes Marques	15 Sexo Masculino			
	16 Idade 24 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01-Acidente de transporte 02-Agressão física-espantamento 03-Agressão física-FAF 04-Agressão física-FAB 05-Urgência psiquiátrica 06-Tentativa de suicídio 07-Envenenamento 08-Afogamento 09-Queimadura 10-Choque elétrico 11-Queda 12-Urgência clínica 13-Urgência obstétrica 14-Transferência 15-Exames complementares 16-Outros 17-Já removido 18-Falso chamado				
	19 Vitima 1-Pedestre 2-Conductor 3-Passageiro 9-Ignorado	20 Meio de locomoção 1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta 5-Ônibus/Micro-ônibus 6-Outro 9-Ignorado	21 Outra parte envolvida 1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Ônibus/Micro-ônibus 4-Bicicleta 5-Objeto fixo 6-Animal 7-Outra 9-Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-A voz 2-A dor 1-Nenhuma RESPOSTA VERBAL 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX. SatO2	25 Local da lesão 		
	26 Pupilas 1-Iguals 2-Desiguais 27 Pulso Radial 1-Chelo 2-Fino 3-Ausente 28 Sangramento 1-Sim 2-Não	29 Dor ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	30 Fratura 1-Sim Exposta Fechada 2-Não 3-Suspeito		
Assistência	31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)				
	32 Hospital de Destino HUT 33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado 34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte				
Observações Interdisciplinar	35 Pac. vítima de colisão veicular e/ou com o suspeito de fratura em tórax e extremidades. Consciente, orientado, fásico. Pac. autoriza a alteração da cena e se responsabiliza pelos danos materiais do acidente.				
	Assinatura do Médico: [Assinatura] Assinatura do Enfermeiro: [Assinatura] Assinatura do Conductor: [Assinatura]				

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: 24/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHAEL THALISON GOMES MARQUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000092568-6

Nr. da Autenticação 18D57420A3388C5B



23/07/2018

Via de Pagamento para o mes/ano: 07/2018 referente a UC: 13052233

**Eletrobras**
Distribuição Piauí**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 8410137

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

R. RUI BARBOSA, 3814, 3814

B-URBANO

64000000 TERESINA

PI

CÓDIGO ÚNICO 13052233	MÊS 07/2018	PERÍODO DE CONSUMO 14/06/2018 a 12/07/2018
CONSUMO (kWh) 153	VENCIMENTO 19/07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 138,43

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica



recorte aqui

**Eletrobras**
Distribuição Piauí**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 13052233	MÊS 07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 138,43
---------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836900000016.384300170006.000000013052.223307180057



282,81
23,21
7,78

DECLARAMENTE DE VERDADE
DPAAT
CONTENIDO NAO VERIFICADO
06 SET. 2010
CENTRO SEGURADORA S/A
Rua Coelho de Azevedo 453 Lapa C
Rio de Janeiro RJ 22251-900



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

RG nº 1.129.856, data de expedição 29/03/89 Órgão SSPP

CPF nº 396.211.893-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

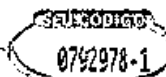
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RS. MGRACILTO FORTES - Q-02</u>
Número	<u>CASA 16</u>
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>BRASILEIRA</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64.265-000</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 99823-6360</u>
E-mail	<u>carvungen@hot-mail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PIRIPIRI-PI, 11/02/2019

Assinatura do Declarante: Gil Celio de Menezes Fontenele





(Case File) 015516924

À l'adresse : Société de Énergie Québec - 7555, rue de la
 main, 10, 4e étage, 26 de mai de 2002.

DEZEMBRO/2018	01-01-2019	62	59,07
---------------	------------	----	-------

FRANCISCA ALZAIR DE MENESES FONTENELE
RS HERACLITO FORTES 16 Q-02 B-URBANO
CPF: 00072685670300
CEP: 64.265-000 - BRASILEIRA

ROT: 337.315.17.55.021700

Indice de Massa Corporal	4783		24-12-2018
Altura	1,661		26-11-2018
Antes	1,000		22-01-2019
Constante da Gravidade	62		21-12-2018
Consumo Médio	62	FCAM	24-12-2018
Consumo Exatidão	NORMAL		28

RESIDENCIAL MONO A1445143 1-1-1 63

DATA	CONSUMO	62-A-R\$-0,879255	54,51
NOV/18	7,21	CONTR. ILUMINACAO+PUB. COSIP	4,56
OUT/18	8,19	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,06
SET/18	67		
AGO/18	52		
JUL/18	59		
JUN/18	69		
MAY/18	61		
ABR/18	57		
MAR/18	36		
FEV/18	56		

TARIFA SP. TRIBUTOS:
1.00 62 - 1.11/255

REQUISITO TARIFARIO-MEDIO-DE-12,64%-A-PARTIR-DE-02/12/2018,-CONFOR
ME-RESOLUCAO-ANPELO-2-440/2018.-
LIGUE 0800 066 0600 E FAÇA O PAGO VENTILIMENHO 1-5 10 15 20 25
Parabens! Até a dia 21-12-2018, não constatamos faturas vencidos
nessa Unidade Consumidora.

C151.F2E6.D00E.5CD1.AA0C.C6AE.6694.F4C4

Despesas:	10,85	54,51
Emprego:	20,62	22,00
Trabalhista:	3,24	11,99
Emprego:	3,28	0,80
Trabalhista:	16,51	3,72
Emprego:		
Trabalhista:		

6,03	12,06	24,12	3,49	6,98	13,95	3,54
0,00			0,00			0,00

PIRIPIRI 10/2018 24,20

ROT: 337.315:17:55:021700

0792678-1 1 59.07



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Moura de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 838.502.303-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Michael Thaleson Gomes Marques inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.769.253-50, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Michael Thaleson Gomes Marques inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.769.253-50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Rui Barbosa</u>		Número <u>3814</u>	Complemento
Bairro <u>Rio Alvorada</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 994723591</u>

Ter, 14 de 08 de 18
Local e Data

Keylly Moura de Oliveira
Assinatura do Declarante



Declaração do proprietário do veículo

Eu, ITALDO GOMES MARQUES

RG nº 3409097, data de expedição 30 / 02 / 13.

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº.

056.769.263-92, com domicílio na cidade.

De TERESIA no Estado de PIAUÍ

Onde resido na (Rua / Avenida / Estrada)

R. MINAS GERAIS

nº 403 complemento ACARAPE

Declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de

Minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

MICHAEL THALISON GOMES MARQUES o condutor

Era MICHAEL THALISON GOMES MARQUES

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA / CG 125 FAN K5

Ano: 2011

Placa: ODU-4569

Chassi: 9C2JC4J30 BR82J952

Data do acidente: 25. 05. 2018

Local e Data: TERESIA 30 AGOSTO 2018

Italdo Gomes Marques

Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor: (caso seja um terceiro que não a vítima Reclamante do sinistro)





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Declaração do proprietário do veículo



EU, FRANCISCA ALZAIR DE MENESES FONTENELE

RG nº 93.654, data de expedição 24/08/17

Órgão SSPP1, portador do CPF nº 726.856.703-00

com domicílio na cidade de BRASILEIRA, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA HORACIO DE SOUSA - CENTRO, nº 807,

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

GIL CELSO DE MENESES FONTENELE, cujo o condutor era

GIL CELSO DE MENESES FONTENELE

Veículo: PAS/MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG150 FANESDI Ano: 2014

Placa: PIA-3866 Chassi: 9C2K1680ER578152

Data do Acidente: 13/09/2018

Local e Data: PIRIPIRI - PI, 13/09/2019

Francisca Alzair de Menezes Fontenele

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO | JONATAS MELO

Tabelionato de Notas de PIRIPIRI-PI

= Tabelaria Pública =

Jonatas Márcio Alves Ferreira, fls. - Cartório - PIRIPIRI/PI - Cep 64768-000
INSC. EST. 3276-4967 - INSC. MUN. 3276-4967 - Email: cartorio@jonataspi.com

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCA ALZAIR DE
MENESES FONTENELE, DOU. FE. EM TEST. PUBLICADA VERDADE.
PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26
Total: 4,98 Salor: 160,3022 (F39076)

PARTE DA CONCEIÇÃO DIAS DA SILVA - Tabelaria Substituta





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA



NOME DO PACIENTE: Michael Thalison Gomes Marques

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 477251

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA.

25/07/19
12:30

Imp: 21/05/2018 22:38:51

(User: JAIRO FEITOSA)

(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MICHAEL THALISON GOMES MARQUES	Prontuário:	477251
Mãe:	ELIANE GOMES DE MELO	Pai:	
End.Resid.:	RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	13/07/1993	Idade:	24a:10m:8d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-3213-4449
Responsável:	ELIZETE GOMES RODRIGUES DE SOUSA	CNS:	700005861802402
Profissão:	SERVENTE DE PEDREIRO	Documento:	CPF: -
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Comcubinato
End.Local.:	- - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	666069	Data:	21/05/2018 22:33:02	Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	SUS
Acid.Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
CID Secundário:	V299				

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
QUEDAS	Dor intensa	CIRURGIÃO GERAL	Laranja
Breve História:		Profissional Clas. Risco:	
Paciente vítima de colisão moto x carro há 30 min. Estava pilotando a moto. Trazido pelo SAMU básico com dor intensa e edema na coxa E e escoriações no hálux D. Nega HAS, DM e alergias. Glasgow 15. Eupnéico.		JAIRO JOSÉ DE MOURA FEITOSA COREN 20.073-PI Em: 21/05/2018 22:38:50	

DADOS CLÍNICOS:	(Hora: ____:____)	Ho: 40 minutos
Paciente vítima de trauma por acidente automobilístico (colisão com moto) - glorioso com exposto, melado exere de alicar de odo, nro pado de concussão, nro de esplosão (1) nro de odo, com color cecial e procho nro de (1) nro de mto, SPA 2402: 99%. (1) nro de 88 bpm - 5 Ab - 6 Ab, nro de a pado nro de pado, pado nro de a pado (1) nro de 15. pado nro de, nro de alicar, nro de alicar, nro de alicar, nro de alicar Adm (nro de alicar) (1) nro de alicar, nro de alicar.		
PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm
Temp.: ____		
Diagnóstico Inicial:		CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:	RAIO-X REALIZADO
→ Solicita-se Rx de coxa, pulso e tornozelo 6. Rx de p.d.	DATA 21/05/2018
	Técnico: J
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	Se Internação, indique o Procedimento e CID
DATA: ____/____/____	Procedimento
HORA: ____:____	CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Imp: 21/05/2018 22:39:03

(JAIR FEITOSA)

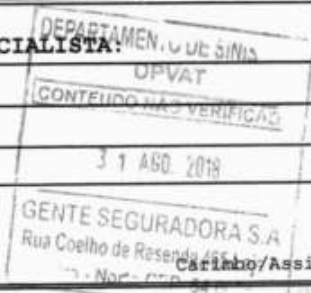
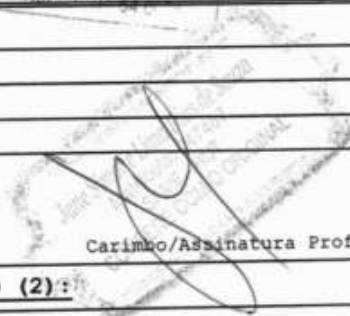
FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: MICHAEL THALISON GOMES MARQUES		Prontuário: 477251
Mãe: ELIANE GOMES DE MELO	Pai:	
End.Resid.: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 13/07/1993	Idade: 24a:10m:8d	Sexo: Masculino Fone: 86- 3213-4449
Responsável: ELIZETE GOMES RODRIGUES DE SOUSA		CNS: 700005861802402
Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO		Documento: CPF: . . -
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Concubinato
End.Local.: - - -		

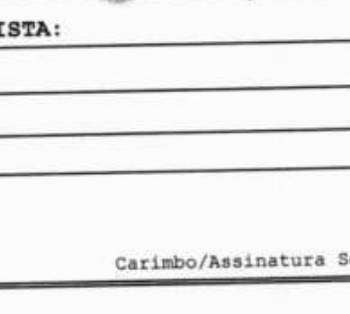
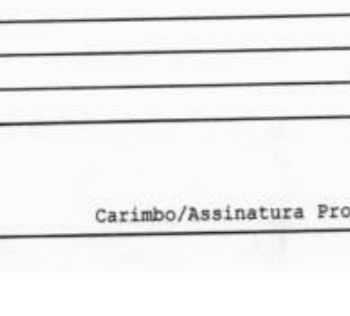
DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 666069	Data: 21/05/2018 22:33:02	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ __:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ __:__	
	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ __:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ __:__	
	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 13:45:16

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061513451552700000009739095>

Número do documento: 20061513451552700000009739095

Num. 10254743 - Pág. 13



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE	
MICHAEL THALISON GOMES MARQUES		477251	24	Ortopédica	229	218		
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA						HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
DI : 21/05/2018	FRAT.DIAFISE DE FEMUR E							9:30 - 10:30 Alta Hospitalar
27/05/18								em Autópsia Médico - Per. Culm
1	Dieta oral livre							Corren: 69336-D
2	Jelco salinizado							
4	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
6	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs							
7	Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
8	Curativos diários							
9	Cuidados gerais e sinais vitais							
Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM 3415-TEOT/10029 / CRM 12308 / CRM 3765-TEOT/11305 / CRM 3397								

DEPARTAMENTO DE SINUS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Lda
- Nova Cruz - RN - 54.100-000



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME MICHAEL THALLES COMES MARQUES IDADE 24 anos DATA 25/05/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 55 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fratura de fêmur CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>143/82</u>	<u>138x64</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>94</u>	<u>77</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98%</u>	<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Elémia</u>	<u>Adriana</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO	SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR					
Movimenta os quatro membros	2	2	☒	2	☒
Movimenta dois membros	1	1	☒	1	☒
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	☐	0	☐
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	☒	2	☒
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	☐	1	☐
Tem apnéia	0	0	☐	0	☐
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	☒	2	☒
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	☐	1	☐
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	☐	0	☐
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	☒	2	☒
Desperta, se solicitado	1	1	☐	1	☐
Não responde	0	0	☐	0	☐
SATURAÇÃO O ₂					
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	☒	2	☒
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	☐	1	☐
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	☐	0	☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	TOTAL <u>09</u>				<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA	ASS. <u>Maria J. de Oliveira</u>				<u>force</u>

() 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: Paciente admitido na SRPA em POZ de fratura de fêmur, calmo, consciente, no ambiente.

[Assinatura]
 Maria J. de Oliveira
 COLETA 404.163

PREScrição Médica: _____
 ALTA SRPA: 19:50
 HORÁRIO: _____
 ANESTESIOLOGISTA: Marcus Crisanto
 CRM-PI 5981 / CRM-MA 7

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

10 [] EMERGÊNCIA PED [] ITI [] IPED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] PORT [] NEU [] CIR [] MÉD



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 95741
	AIH: 2218100303034

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - III	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - III	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 700005861802402	NOME DO PACIENTE MICHAEL THALISON GOMES MARQUES	NASCIMENTO 13.07.1993	SEXO M	PRONTUÁRIO 477251
DOCUMENTO 800000000000	CPF 800000000000	TELEFONE 800000000000	NOME DA MÃE ELIANE THALISON GOMES	RESPONSÁVEL ELIZETE GOMES RODRIGUES DE SOUSA
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
BAIRRO MATADOURO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR ESQUERDO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RAIO X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S723 - FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR

CID 10 SECUNDÁRIO / CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRA/MATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

21-05-2018

EDNAN SOARES DE ALMEIDA FREITAS NETO

CPF: 71603021320

CRM:

DATA ADMISSÃO

21/05/2018 22:33

DATA ALTA

27/05-2018 09:30

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
EDNAN SOARES DE ALMEIDA FREITAS NETO CPF: 71603021320 CRM:	EDNAN SOARES DE ALMEIDA FREITAS NETO CPF: 71603021320 CRM:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/05/18

NOME DO PACIENTE: <u>Michael Chalisen Gomes Marques</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>477251</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>08</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Fernando</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Hugo</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Augusta</u>	CPF Nº:

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>-</u>		LUVA Nº <u>7,5 x 80</u>	PAR	<u>05</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>8,5</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>10</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>150</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>-</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>-</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>-</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>10</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>150</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
SCALPE Nº	UNID.	<u>-</u>		SERINGA 3CC	UNID.	<u>-</u>	
FORMOL	ML	<u>-</u>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>06</u>	
GASES <u>5.0</u>	PAC.	<u>15</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>-</u>	
JELCO Nº	UNID.	<u>01</u>		Eletródos	und	<u>05</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	Ocorrência Escovas	und	<u>03</u>	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Cupom	und	<u>04</u>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				1. suctor 4.8	und	<u>01</u>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2.0</u>	und	<u>02</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>0</u>	und	<u>02</u>		CIRCULANTE: <u>Déimo</u>			
LENE							





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Michael Tholiz G. Marques			
Diagnóstico pré-operatório Fract. diaf. Femur			
Operação - Tipo R.A.F.T			
Cirurgião Fernando Carlos		1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)		Anestesista	
Anestésico(a)		Anestesia	
Data da Operação		Fim	
Início		Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
1) Incisão DMS sob marca e esteril			
2) Reparo hab. fr.			
3) Via lateral + dissecação			
4) Redução			
5) Fixação c/ placa + parafusos			
6) Lavagem c/ SF 0,9%			
7) Sutura			
8) Curativo			

DEPARTAMENTO DE SINUS
OPVAT
CONTEUDO NA VERIFICAÇÃO
31 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lote 1
Nº 111 54.900

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
nº 3467 MED 11943

Mod. 76 HUT





PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda
ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458
CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí
C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Michael Thelison Gomes Marques

Nº AIH: 214846

Nº do Prontuário: 477251 **Data da Internação:** / /

Procedimento Médico Realizado:

Indicador de Compatibilidade: 0702030910

MEDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Fernando

CRM Nº **CPF Nº**

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 25/05/18 **DATA DA ALTA:** / /



Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
Cx-D0848	01 placa DCP 4,5mm 10 furos parafusos corticais nº 46 (02) nº 48 (01) nº 42 (01) nº 36 (05)

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 25 de maio de 2018

Nome do Hospital: HUT Tenon Rocha

C.N.P.J:

Assinatura: Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM PI 3467 - TEST 11/13

Cargo: Analista



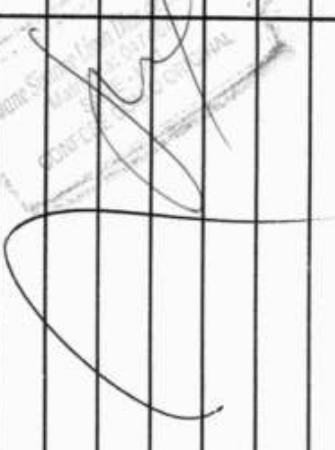


INDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
AGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HQ

AL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MICHAEL THALISON GOMES MARQUES		477251	24	Ortopédica	229	218	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA						OBSERVAÇÕES
DI : 23/05/2018	FRAT. DIAFISE DE FEMUR E						
23/05/18							
1	Dieta oral livre						
2	Jelco salinizado						
4	clexane 40mg 1amp SC 1XDIA						
5	Tramadol 100mg_01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN						
6	Dipirona _01 amp + AD EV 6/6hs						
7	Cuidados gerais e sinais vitais						
							
							
Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / CRN 3387							
Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia							
CRM 3415-TEOT/10029 / CRM 12308 / CRM 15766-TEOT/11305 / CRM 3387							

DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Almeida, 445 Loja 1
- Nor - CEP: 54000-000



Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA

47+251



INSTITUTO
DE LINGÜÍSTICA
DE FERNÁNDEZ

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DNASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Michael Thalison Gomes Noronha	(13.07.1993)		MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE	229	218
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS				
Ex. dispareunia (+)					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 20/07/18 HORA: 18h					
Edson Nogueira N. JTRICIONISTA CRN: 3716					
1) Data h-ny					
2) KVO					
3) Cletoe 40 - 18h					
4) Transvaginação - 18h					
5) D-18h - 2,0cc - 18h - 18h					
6) SI w bfe					
11 d-07h					
10h 11					

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 8129 - Em: (21/05/2018).

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:					
214846	477251	MICHAEL THALISON GOMES MARQUES	POSTO 1	ENFERMARIA 100	LEITO	FERDINAND CARVALHO ALMEIDA					
Evolução:			Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:						
Hora: 23:50					Dermatite						
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:	
Dieta	ORAL Tipo 1449. Visto Nutricionista Adriana Karla CRN/PI 6376									0363-AD em todo pda	
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO		1,00	Frasco	EV	24/24h				ADU em todo pda	
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.		1,50	Ampola	EV	6/6h				de 4 em 6. 44716	
3	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.		1,00	Ampola	EV	12/12h					
4	OMEPRAZOL 20MG		1,00	Cápsula	Oral	24/24h					
5	ENOXAPARINA SÓDICA 40MG/0,4ML SOL. EM SERINGA INJETÁVEL		1,00	Seringa	Subcutâ	24/24h					

6- Tramadol 100mg + SFO, 9% 100ml EV 6/6h

Ac C.C

Dr. Ferdinando Coutinho
CRM-PI 3467-TEOT 11913
Orçel e Transmissão

MIE

31 APR 2018

DEPARTAMENTO DE DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Ld.
- Nor - CEP: 64.054-000

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES** (Prontuário: 477251)
Endereço: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 13/07/1993 Idade: 24a11m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 666069
Requisição: 840206 Solicitação: 21/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1038872 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 21/05/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)



TERESINA - PI 20/06/2018

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 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES** (Prontuário: 477251)
 Endereço: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 13/07/1993 Idade: 24a11m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 666069
 Requisição: 840207 Solicitação: 21/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1038873 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 21/05/2018

COXA ESQUERDA

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no terço médio do fêmur esquerdo.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 20/06/2018



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 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES** (Prontuário: 477251)
Endereço: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 13/07/1993 Idade: 24a11m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 666069
Requisição: 840207 Solicitação: 21/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1038874 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 21/05/2018

JOELHO ESQUERDO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)



TERESINA - PI 20/06/2018

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 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES** (Prontuário: 477251)
Endereço: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 13/07/1993 Idade: 24a11m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 666069
Requisição: 840207 Solicitação: 21/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1038875 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 21/05/2018

TORNOZELO ESQUERDO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 20/06/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA



NOME DO PACIENTE: Michael Thalison Gomes Marques

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 477251

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

ORTOPEDIA.

2 story 1 1/2

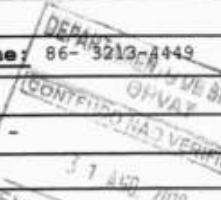
Imp: 21/05/2018 22:38:51

(User: JAIRO FEITOSA)

(Estado: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MICHAEL THALISON GOMES MARQUES		Prontuário: 477251	
Mãe: ELIANE GOMES DE MELO		Pai:	
End.Resid.: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 13/07/1993	Idade: 24a:10m:8d	Sexo: Masculino	Fone: 86-3213-8449
Responsável: ELIZETE GOMES RODRIGUES DE SOUSA		CNS: 700005861802402	
Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO		Documento: CPF: . . -	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Concubinato	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 666069	Data: 21/05/2018 22:33:02	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S - U.S.
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundario: V299

OS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Final/Sintoma:</u>	<u>Evento Principal:</u>	<u>Destino:</u>	<u>Classificação:</u>
QUEDAS	Dor intensa	CIRURGIÃO GERAL	Laranja
<u>Breve História:</u> Paciente vítima de colisão moto x carro há 30 min. Estava pilotando a moto. Trazido pelo SAMU básico com dor intensa e edema na coxa E e escoriações no hálux D. Nega HAS, DM e alergias. Glasgow 15. Eupnéico.			<u>Profissional Clas. Risco:</u> JAIRO JOSÉ DE MOURA FEITOSA COREN 20663 PI Em: 21/05/2018 22:38:50

DADOS CLÍNICOS: (Hora: :)

до 40 минут

Paciente último de 3ª fila por acidente automobilístico (colisão com moto) -
glauco com expertise, melito tórax de âncora direita o olho, negro pálido
de comensais, notável em espelho (A) um olho verde, com color ciliar e
póreo negro. (B) Esp: mVB, SPA. $SpO_2 = 99\%$. (C) FC: 88 bpm. SAb: 60 bpm, per
do a palpação irregular/pequena, pulso nos membros a metazoas (D) Pressão 15.
2x10s docores, melindros ciliar, mov otos msc e mtd, mte com mo de
tórax (metazoas). (E) Pua 6 inolezozas, erupci p.

PA: _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:			CID: _____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

→ Solução = Rx de coque, pauco e formosil 6.
Rx de píd.

RAIO-X REALIZADO

DATA 77 / 05 / 20 / 18

Técnico:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / / .

HORA: _____

Procedimento

CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 13:45:16

<http://tjpi.pje.ius.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061513451552700000009739095>

Número do documento: 20061513451552700000009739095

Num. 10254743 - Pág. 28

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Imp: 21/05/2018 22:39:03

(JAIR FEITOSA)

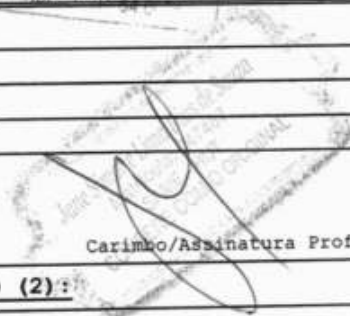
FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: MICHAEL THALISON GOMES MARQUES		Prontuário: 477251
Mãe: ELIANE GOMES DE MELO	Pai:	
End.Resid.: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 13/07/1993	Idade: 24a:10m:8d	Sexo: Masculino Fone: 86- 3213-4449
Responsável: ELIZETE GOMES RODRIGUES DE SOUSA		CNS: 700005861802402
Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO		Documento: CPF: . . -
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Concubinato
End.Local.: - - -		

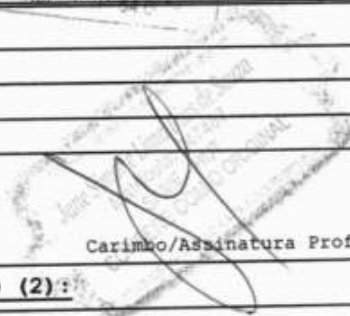
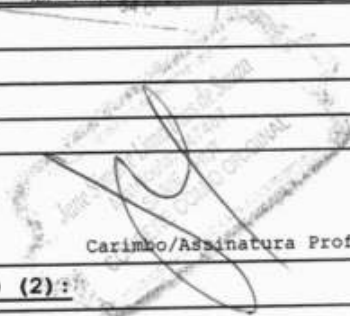
DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 666069	Data: 21/05/2018 22:33:02	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ __:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ __:__	
	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ __:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ __:__	
	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 13:45:16

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061513451552700000009739095>

Número do documento: 20061513451552700000009739095

Num. 10254743 - Pág. 29



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE	
MICHAEL THALISON GOMES MARQUES		477251	24	Ortopédica	229	218		
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA						HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
DI : 21/05/2018	FRAT.DIAFISE DE FEMUR E							9:30 - 10:30 Alta Hospitalar
27/05/18								em Autópsia Médico - Per. Civil
1	Dieta oral livre							Corren: 69336-D
2	Jelco salinizado							
4	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
6	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs							
7	Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
8	Curativos diários							
9	Cuidados gerais e sinais vitais							
Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM 3415-TEOT/10029 / CRM 12308 / CRM 3765-TEOT/11305 / CRM 3397								

DEPARTAMENTO DE SINUS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Lda
- Nova Cruz - RN - 54.100-000



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME MICHAEL THALLES COMES MARQUES IDADE 24 anos DATA 25/05/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 55 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fratura de fêmur CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>143/82</u>	<u>138x64</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>94</u>	<u>77</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98%</u>	<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Elémia</u>	<u>Adriana</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO	SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR					
Movimenta os quatro membros	2	2	☒	2	☒
Movimenta dois membros	1	1	☒	1	☒
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	☐	0	☐
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	☒	2	☒
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	☐	1	☐
Tem apnéia	0	0	☐	0	☐
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	☒	2	☒
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	☐	1	☐
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	☐	0	☐
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	☒	2	☒
Desperta, se solicitado	1	1	☐	1	☐
Não responde	0	0	☐	0	☐
SATURAÇÃO O ₂					
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	☒	2	☒
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	☐	1	☐
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	☐	0	☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	TOTAL <u>09</u>				<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA	ASS. <u>Maria Jurema de Oliveira</u>				<u>force</u>

() 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: Paciente admitido na SRPA em POZ de fratura de fêmur, calmo, consciente, no ambiente.

[Assinatura]

PREScrição Médica: _____

ALTA SRPA: 19:50 HORÁRIO

Marcus Crisanto
Anestesiologista
CRM-PI 5981 / CRM-MA 7

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

10 [] EMERGENCIA PED [] ITI [] IPED [] INEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] PORT [] NEU [] CIR [] MÉD



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 95741
	AIH: 2218100303034

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - III	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - III	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 700005861802402	NOME DO PACIENTE MICHAEL THALISON GOMES MARQUES	NASCIMENTO 13.07.1993	SEXO M	PRONTUÁRIO 477251
DOCUMENTO 800000000000	CPF 800000000000	TELEFONE 800000000000	NOME DA MÃE ELIANE THALISON GOMES	RESPONSÁVEL ELIZETE GOMES RODRIGUES DE SOUSA
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
BAIRRO MATADOURO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR ESQUERDO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RAIO X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S723 - FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRA/MATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

21-05-2018

EDRIN - 03 - APVALDO DE ALMEIDA FREITAS NETO

CPF: 71603021320

CRM:

DATA ADMISSÃO

21/05/2018 22:33

DATA ALTA

27/05-2018 09:30

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FELICIANO SANTOS FERREIRA CPF: 5376035394 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA APVALDO DE ALMEIDA FREITAS NETO CPF: 71603021320 CRM:
---	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/05/18

NOME DO PACIENTE: Michael Chalisen Gomes Marques	PRONTUÁRIO Nº: 477251
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Raque	Nº DA SALA: 08
CIRURGIÃO: Dr. Fernando	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Hugo	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Augusta	CPF Nº:



MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	-		LUVA Nº 7,5-80	PAR	05	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	150		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	10		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	150		SERINGA 5CC	UNID.	01	
SCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES 5.0	PAC.	15		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	01		Eletródos	und	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	Ocorrência Escovas	und	03	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Cupom	und	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				1. suctor 4.8	und	01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0	und	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 0	und	02		CIRCULANTE: Déuma			
LENE							





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Michael Tholiz G. Marques</i>			
Diagnóstico pré-operatório <i>Fract. diaf. Femur</i>			
Operação - Tipo <i>R.A.F.T</i>			
Cirurgião <i>Fernando Carlos</i>		1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)		Anestesista	
Anestésico(a)		Anestesia	
Data da Operação		Fim	
Início		Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
<i>1) Incisão DMS sob marca e esterilizar</i>			
<i>2) Reparo hab. fr.</i>			
<i>3) Via lateral + dissecação</i>			
<i>4) Redução</i>			
<i>5) Fixação c/ placa + parafusos</i>			
<i>6) Lavagem c/ SF 0,9%</i>			
<i>7) Sutura</i>			
<i>8) Curativo</i>			



Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
nº 3467 REGISTRO 11943

Mod. 76 HUT





PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda
ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458
CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí
C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Michael Thelison Gomes Marques

Nº AIH: 214846

Nº do Prontuário: 477251 **Data da Internação:** / /

Procedimento Médico Realizado:

Indicador de Compatibilidade: 0702030910

MEDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Fernando

CRM Nº **CPF Nº**

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 25/05/18 **DATA DA ALTA:** / /



Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
Cx-D0848	01 placa DCP 4,5mm 10 furos parafusos corticais nº 46 (02) nº 48 (01) nº 42 (01) nº 36 (05)

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 25 de maio de 2018

Nome do Hospital: HUT Tenon Rocha

C.N.P.J:

Assinatura: Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM PI 3467 - TESTE 11/13

Cargo: Assinatura

Assinatura





DEPARTAMENTO DE SVIS
OPVAT
CONTEUDO NA VERIFICAÇÃO
31 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.C.
Rua Coelho de Barros, 45 Lote 1
- Nor - CEP 54.000-000



Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA

477851

Moizinho

NOME DO PACIENTE	Michael Thalison Gomes Norfen	PRONTUÁRIO	13.07.1983	CLÍNICA	ENE. ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	Fa. digestiva (F)	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE	229	218
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA: 20/07/20	HORA: 14h					
1) Dor abdominal - 18h						
2) NVO						
3) Cleto 40 - 18h						
4) Transição 100 - 18h						
5) Dor - 2, 0cc - 18h						
6) SI w bdt						
7) 11 d - 07h						
8) 10h						

34:47h Admitido procedente do P-61 e protótipo de diagnóstico de febre e. Fígado, bexiga, epano- co, edema acentuado em membro protótipo. Desconhece alergia a fármacos, HA e DU.

Enfermeira
COREN 124544



MÉDICO/CRM:

Mod: 007



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 8129 - Em: (21/05/2018).

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:				
214846	477251	MICHAEL THALISON GOMES MARQUES	POSTO 1	ENFERMARIA 100	LEITO	FERDINAND CARVALHO ALMEIDA				
Evolução:			Diagnóstico/Comorbidades:							
Hora: 23:50			Alergias:							
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo 1449. Visto Nutricionista Adriana Karla CRN/PI 6376									0363-AD em todo pda
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO		1,00	Frasco	EV	24/24h				ADU em todo pda
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.		1,50	Ampola	EV	6/6h				ADU em todo pda
3	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.		1,00	Ampola	EV	12/12h				ADU em todo pda
4	OMEPRAZOL 20MG		1,00	Cápsula	Oral	24/24h				ADU em todo pda
5	ENOXAPARINA SÓDICA 40MG/0,4ML SOL. EM SERINGA INJETÁVEL		1,00	Seringa	Subcutâ	24/24h				ADU em todo pda

6- Tramal 100mg + SFO 9% 100ml EV b/bh

Ac C.C

Dr. Ferdinando de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3467-TEOT 11913

31 APR 2018

DEPARTAMENTO DE DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Ld.
- Nor - CEP: 64.054-000

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES** (Prontuário: 477251)
Endereço: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 13/07/1993 Idade: 24a11m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 666069
Requisição: 840206 Solicitação: 21/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1038872 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 21/05/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)



TERESINA - PI 20/06/2018

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 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES** (Prontuário: 477251)
 Endereço: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 13/07/1993 Idade: 24a11m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 666069
 Requisição: 840207 Solicitação: 21/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1038873 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 21/05/2018

COXA ESQUERDA

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no terço médio do fêmur esquerdo.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 20/06/2018



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 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES** (Prontuário: 477251)
Endereço: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 13/07/1993 Idade: 24a11m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 666069
Requisição: 840207 Solicitação: 21/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1038874 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 21/05/2018

JOELHO ESQUERDO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)



TERESINA - PI 20/06/2018

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 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES** (Prontuário: 477251)
Endereço: RUA MINAS GERAIS, 403 - MATADOURO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 13/07/1993 Idade: 24a11m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 666069
Requisição: 840207 Solicitação: 21/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1038875 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 21/05/2018

TORNOZELO ESQUERDO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 20/06/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES,
CENTRO, PIRIPIRI/PJ - 64260-000
CNPJ: 06553564000480
(86) 3276-3362 - (86) 3276-3362

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0211891
Data: 15/09/2018
Funcionário: ERALDO
Registro: 82019
Hora: 14:02:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO



Senha 83

SUS

GIL CELIO DE MENESES FONTINELE

Nasc.: 22/11/1970 Idade: 48 ANOS, 6 DIAS

End.: HERACLITO FORTES, 16 -

Cor: SEM

Telefone: () -

Bairro:

Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE M FONTINELE

Cidade: BRASILEIRA/PJ

Pai:

Profissão:

Civil:

CEP: 6426501

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 7257 - BRUNO RAPHAEL BASTOS COELHO

Responsável: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 110X90

Procedimentos

15/09/2018 14:02 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉD
15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: DOR NO BRAÇO

Documentação médica - hospitalar



Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos

Procedimentos/exames realizados:

Anotação de enfermagem:

Assinado: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE

PROFISSIONAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 13:45:16
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061513451552700000009739095
Número do documento: 20061513451552700000009739095

Num. 10254743 - Pág. 43

Saúde
Estado do Piauí



FEPISERH
Fórum Estadual de Políticas de Saúde

SUS
Sistema Único de Saúde

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

CNPJ: 06.553.564/004-80 - PIRIPIRI-PI

E-mail: hcr@saude.pi.gov.br

RECEITUÁRIO

NOME:

Aterido

*Aterido qto Cpl Cêus de Moraes
fortunel ditere mtrnado de
de 16/09/18 e muerito de
mais 120 (ento + mtrn) de
de apor muerito de hys at -
Indade*

5420

Dr. FELIPE VIEIRA PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PI 4427

20/09/18

1.462 (1.462) (1.462) (1.462)



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS

CL. CH. DE MENESES FONTINELE
PS 0002 INT

Tec: JAYRA
Fechar: 18/09/2018
Hora: 11:26

Level: 500
Voltage: 1000



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RETORNO ORTOPÉDICO

NOME:

Cpt Celso de Almeida

RETORNO COM DR.

Renato

EM

3, 10, 18

OU +

DIAS

DIAGNÓSTICO

Fract. Clavícula

RECOMENDAÇÕES

curativo diário

usar tala americana

Ativos físicos em 15 dias

PIRIPIRI,

20, 9, 18

DR. FELIPE VERNER FAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PI 4827





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H R C R

2. CNES

2177777416

3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H R C R

2177777416

Identificação do Paciente

4. NOME DO PACIENTE

Gil Celio de Menezes Fontenele

5. ID DO PACIENTE

6. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7. DATA DE NASCIMENTO

22/11/70

8. SEXO

9. SLIX

10. FASE

11. NOME DA MÃE

Maria Alzair de Menezes Fontenele

12. TELEFONE DE CONTATO

13. TELEFONE DE CONTATO

14. ENDEREÇO

02, n. 16

15. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Brasília

17. COD. IBGE MUNICÍPIO

18. UF

19. CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Travar progressivo de MM com dor de tipo de melo

21. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Osteoartrite

22. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Artrite f + f + f

23. DIAGNÓSTICO INICIAL

Artrite de melo

24. CID 10 PRINCIPAL

25. CID 10 SECUNDÁRIO

26. CID 10 TERCIÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27. TIPO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia f + f + f

28. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29. NOME DO PROCEDIMENTO

30. CARACTERIZAÇÃO

31. DOCUMENTO

32. DOCUMENTO

33. DOCUMENTO

34. DOCUMENTO

35. DOCUMENTO

36. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINANTE)

Felipe de Aguiar

37. DATA DA SOLICITAÇÃO

38. ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE

39. ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

40. 1. ACIDENTE DE TRÂNSITO

41. 2. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42. 3. ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43. CID 10 DA SEGUNDA CAUSA

44. CID 10 DA EMPRESA

45. CID 10 DA EMPRESA

46. CID 10 DA EMPRESA

47. CID 10 DA EMPRESA

48. CID 10 DA EMPRESA

49. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

50. EMPREGADOR

51. AUTÔNOMO

52. DESEMPREGADO

53. APOSENTADO

54. OUTRO

AUTORIZAÇÃO

55. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

56. COD. ORGÃO EMISSOR

57. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

58. DOCUMENTO

59. Nº DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

60. CID

61. CID

62. DATA DA AUTORIZAÇÃO

63. ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR



Identificação:	1015112
Data:	15/09/2018
Hora:	19:56

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300
PIRIPIRI/PI

Nº AIH
OTAVIO

BOLETIM DE ADMISSÃO

B2019 - GIL CELIO DE MENESES FONTINELE

- Sexo: MASCULINO - 22/11/1970 - 47 ANOS.9 MESES.23 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermia: OB02- OBSERVACAO D2 Leito: OB0204 Naturalidade:

Residência: RG: Médico: 4427 - FELIPE VERNER PAGNONCELLI C/N: CNS:

Endereço: Q 2, Nº 16 - CEP: 64265000 Bairro: Telefone () -

Cidade: 2201960 - BRASIL EIRA/PI Profissão: Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE M FONTINELE

Responsável: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE - () -- O MESMO

Diagnóstico inicial: 9999-CID NÃO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo: *Fract. fechada*

Resultado

☐ Curado	☐ Removido	☐ +48 Horas
☐ Melhorado	☐ Pedido	☐ +48 Horas
☐ Interferido	☐ Evasão	☐ Obito
☐ Periculado	☐ Indisciplina	

Transferido

História Clínica

*Adm. por placa
de mão, em 05/09/18
sem desloc. @*

Diagnóstico Provável

Fract. fechada

*Dr. Felipe Verner Pagnoncelli
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.100*

PROFISSIONAL



**HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES**

AV. DR. PADUA MENDES,
CENTRO, PIRIPIRI/PI - 64260-000
CNPJ: 05553564000480
(86) 3276-3362 - (86) 3276-3362

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0211891
Data: 15/09/2018
Funcionário: ERALDO
Registro: 82019
Hora: 14:02:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha **83****SUS****GIL CELIO DE MENESES FONTINELE**

Nasc.: 22/11/1970 Idade: 47 ANOS, 9 MESES, 23 DIAS Profissão:
End.: Q 3, 16 - Bairro:
Com: SEM Telefone: () - Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE M FONTINELE

CPF: - RG: - SUS:

Civil:

CEP: 642630

Cidade: **BRASILEIRA/PI**

Pai:

Clinica: **CLINICA MEDICA** Documento: 7257 - BRUNO RAPHAEL BASTOS COELHO
Responsável: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 110X90

Procedimentos

15/09/2018 14:02 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MED
15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: DOR NO BRAÇO

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

- Trauma em ombro E.

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:**Anotação de enfermagem**

- Raxio X no Ombro E.

- Diclofenaco - 1 AMP, IM

- Dipirona - 1 AMP, IM

- Parecer da ortopedista.

- Trauma por queda de 1,50 m

dor no ombro direito

pac: Erivaldo Chaves

col: internado

DR. FELIPE VERNER PAGANIN
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - 9.447

Dr. Bruno Raphael Bastos Coelho
Médico
CRM-PI 7257

x Gil Celio de M. Fontinele

PROFISSIONAL

Assinal: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 13:45:16

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061513451552700000009739095

Número do documento: 20061513451552700000009739095



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - C.E.S.
H R C R	2171717141
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE CLASSE	4 - C.E.S.
H R C R	2171717141

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - NOME DO RESPONSÁVEL
Gil Celio de Menezes Fontinele	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
	22/11/70
9 - SEXO	10 - TIPO DE CONTATO
MASC ☒ 1 FEM ☐ 3	
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO
Maria Alzair de Menezes Fontinele	
13 - ENDEREÇO	14 - TELEFONE DE CONTATO
15 - ENDEREÇO COMPLETO, N.º, BAIRRO	16 - CID - BGE MUNICÍPIO
Q.2, n.º 16	
17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	18 - UF
Brasília	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
trabalhar por quebra de um osso dor em região de ombro
20 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICAVARIA INTERNAÇÃO
Ombro do
21 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Análise f e f + f
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL
fract. de ombro
23 - CID 10 PRINCIPAL
24 - CID 10 SECUNDÁRIO
25 - CID 10 TERCIÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
ortopedia fratura de ombro	
28 - DATA DE SOLICITAÇÃO	29 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
15/09/19	Dr. Felipe Viana Trautwein
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE EXISTENTE	31 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Felipe Viana Trautwein	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	34 - () ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
35 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO
38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	42 - CÓDIGO DO EMISSOR	43 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
44 - DOCUMENTO	45 - N.º DOCUMENTO - CENSIMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	46 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO DO CONSELHO	49 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO DO CONSELHO





HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES,
CENTRO, PIRIPIRI/PI - 64260-000
CNPJ: 06553564000480
(86) 3276-3362 - (86) 3276-3362

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0211891
Data: 15/09/2018
Funcionario: ERALDO

Registro: 82019
Hora: 14:02:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO



Senha **83**

SUS

GIL CELIO DE MENESES FONTINELE

CPF: - RG: - SUS:

Nasc.: 22/11/1970 Idade: 47 ANOS, 9 MESES, 23 DIAS Profissão:

Civil:

CEP: 6426501

End.: Q 2, 16 -

Bairro:

Cidade: **BRASILEIRA/PI**

ISGé: 2201960 Cor: SEM

Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE M FONTINELE

Pai:

Clinica: **CLINICA MEDICA**

Documento: 7257 - HRCR

Responsavel: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE - O MESMO

1

Procedimentos

15/09/2018 14:02 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO ME)

☐ Vermelho - Emergência

☐ Laranja - Muito Urgente

☐ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco

☒ Azul - Não Urgente

Motivo de atendimento: DOR NO BRAÇO

QUEIXA/HISTÓRIA

PCTE REFERINDO DOR EM MSE APÓS QUEDA DE MOTO DIA ANTERIOR

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 110X90 mmHg

TAX: 0°c

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALÉRGIAS

NEGA

MEDICAÇÃO USUAL

CONDUTA

AVALIAÇÃO CLINICA

Giellia Amorim
Enfermeira
COREN-PI 352814

PROFISSIONAL

Responsavel: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 13:45:16

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061513451552700000009739095>

Número do documento: 20061513451552700000009739095

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE MEDICINA
HOSPITAL DE CLÍNICA
RUA SCS 14, 10150-000
RIO DE JANEIRO, RJ 20030-000
FONE: (21) 3505-3000



PACIENTE: 10151345-6 - GIL CELSO DE N. CONTINUED
ENFERMARIA: EM07-CLINICA MEDICA LEI
IDADE: 48 ANOS
ADMISSÃO: 15/09/2018
DIAS INTERNADO: 5

PRESCRIÇÃO MÉDICA

20/09/2018 - 07:55:56

DIETA LIVRE	
ALTA HOSPITALAR	1,00

DR. HILARY VERNER RODRIGUES
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - RJ 6622
PROFISSIONAL





HOSPITAL REGIONAL CIRURGIAS ROBINSONES
AV. DR. PAQUA N.º 1015, 300 - CLINIRO
64260-000, PIRIPIRI/PI
CNPJ: 0635356/000480
TELEFONE: (86)



Impresso: 14/06/2020 13:45

Pág.: 1

PACIENTE: M15112-AGIL CÉLIO DE MENESES FONTINELE

IDADE: 48 Anos

SUS

ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LETO:CM0701

ADMISSÃO: 15/09/2018

DIAS INTERNADO: 4

19/09/2018 - 11:25:56

DIETA ZERO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ACESSO SOLICITADO	1,00		
TIROMONCAN 20MG POLIVITAMINADO	1,00 FRAMP/ENDOVENOSA (EV)	12/12H	
MEFENAMOL	1,00 UN	ENDOVENOSA (IV)	06/06H
DIPIRONA 16 AMP	2,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	35GS/MIN
SORO FISIOLÓGICO 0,9% SODIUM SISTEMA FICHAÇO	1,00 TRA	ENDOVENOSA (EV)	35GS/MIN
SORO GLICOSADO 50MG/ML 5% SODIUM	1,00 TRA	ENDOVENOSA (EV)	35GS/MIN
CEFALOTINA 1G (IN)	1,00 FRAMP/ENDOVENOSA (EV)	06/06H	
CLINDAMICINA 300MG/ML (IN)	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/09H

SSV + CCG

9:30: PA: 110/60 mmHg
FC: 36 bpm
26:30: PA: 120/80 mmHg
FC: 36 bpm
26:30: PA: 120/80 mmHg
FC: 36 bpm

PROFISSIONAL

2-127

PG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO
64260-000, FIRIPIRI/PI
CNPJ: 06553564000480
TELEFONE: (86) 3333-1111



INTESSOR: 18/09/2018

Pág. 1/1

PACIENTE: 1015112-GIL CELIO DE MENESES FONTINELLE IDADE: 48 Anos SUS
ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LETO: CM0701 ADMISSÃO: 15/09/2018 DIAS INTERNADO: 3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

18/09/2018 - 10:57:00

DIETA: ZEIRO

ACESSO SOLICITADO	1,00				
TEORICAN 25MG PO UHILIO 7/SOLUÇÃO	1,00	FRAMPENDONOSA (IV)	17/12H		
INUTENIL	1,00	UN	INDOVENOSA (IV)	06/06H	
DIPYRIDA 16 AMP	2,00	AMP	INDOVENOSA (IV)	35GT5/MIN	
SOLUC FISIOLÓGICO 9% 500ML SBT MALT CHMO	1,00	FRA	INDOVENOSA (IV)	35GT5/MIN	
SOLUC FISIOLÓGICO 9% 500ML SBT MALT CHMO	1,00	FRA	INDOVENOSA (IV)	06/06H	
CEFAZOTIL 1G IM	1,00	FRA	INDOVENOSA (IV)	06/06H	
CEFAZOTIL 1G IM	1,00	AMP	INDOVENOSA (IV)	06/06H	
SSVA - CCZC					

OT 180225 - 01amp - 10ml 4037 (B) *[Signature]*

Dr. Ednan Soares Coutinho
Médico - Clínica de Emergência
10/09/2018 - 10:57:00
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 13:45:16
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061513451552700000009739095
Número do documento: 20061513451552700000009739095

PROFISSIONAL

Dr. Ednan Soares Coutinho

P.A: 120x80mm Hg
Tax: 36,1°C
F: 100x60mm Hg



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO DE ANESTESIA

NOME: <u>Ed Cleo de Oliveira Varancho</u>						
DATA:		ENFERMARIA:			CLÍNICA:	
IDADE:	SEXO: ☐ M ☐ F	COR:	PESO (KG):	ALTURA (CM):	ASA:	MALLAMPATTI:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura de clavícula</u>						
TIPO DE CIRURGIA: <u>Trat. cirúrgico</u>						
MEDICAMENTOS EM USO: <u>N</u>						
TEMPERATURA:	PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	HTM:	HTC:	HB:	LEUCOMETRIA:
GLICEMIA:	URÊIA / CREATININA:	SÓDIO / POTÁSSIO:	PLAQUETAS:	TAP / TTPA / RNI:	OUTROS:	
ALERGIAS: <u>N</u>						
COMPLICAÇÕES EM ANESTESIAS ANTERIORES:						
TEMPO DE JEJUM:	ESTADO FÍSICO:	ECG:	RX TORAX:	ANESTESIA PROPOSTA:	ELETIVA	URGÊNCIA ☒

ECG	AP. CARDIOVASCULAR	AP. RESPIRATÓRIO	SIST. NERV. CENTRAL	OBS. COMPLEMENTARES
☒ BOM ESTADO GERAL	☒ HEMODINÂMICA ESTÁVEL	☒ EUPNEIA	☒ ACORDADO	
☐ ESTADO GERAL REGULAR	☐ HEMODINÂMICA INSTÁVEL	☒ MV FISIOLÓGICO	☐ LÚCIDO	
☐ ESTADO GERAL PRECÁRIO	☐ TAQUICARDIA	☐ TAQUIPNEIA	☐ ORIENTADO	
☐ CORADO	☐ BRADICARDIA	☐ DISPNEIA	☐ SONOLENTO	
☐ DECOLORADO - PÁLIDO	☐ PRESSÃO ARTERIAL NORMAL	☐ MV DIMINUIDO	☐ DESORIENTADO	
☐ HIDRATADO	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL	☐ SIBLOS	☐ ANSIOSO	
☐ DESIDRATADO	☐ HIPOTENSÃO ARTERIAL	☐ BRONCOESPASMO	☐ AGITADO	
☐ ICTERICO	☐ CHOQUE	☐ RONCO / ESTERTORES	☐ COMA	
☐ ANICTÉRICO	☐ RÍMDO CARDÍACO R 2T	☐ TOSSE	☐ ISOCORIA	
☐ CIANÓTICO	☐ ARRITMICO	☐ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	☐ ANISOCORIA	
☐ ACIANÓTICO	☐ EXTRASSÍSTÓLES	☐ SUDORESE	☐ DÉFICIT MOTOR	

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		DOSE	HORA	EFEITO
INTERVALO ANESTÉSICO				
AGENTS	OXIGÊNIO L/MIN	~~~~~		
	OXÍDO NITROSO L/MIN			
	HALOTANO			VOL. TOTAL:
	ISOFLURANO			VOL. TOTAL:
	SEVOFLURANO			VOL. TOTAL:
LÍQUIDOS ENDOVENOSOS				



SMB	TC	FC	FR	PA
P.A.	40	240		240
X		220		220
ANE		200	40	200
X	38	180		180
CP		160		160
T.C.		140	30	140
★	37	120		120
FC		100	20	100
FR		80		80
▲	36	60		60
SPO		40	12	40
▲	35	20		20
P.A.		3		3
X	34	0	0	0

ESPONTÂNEA
ASSISTIDA
CONTROLADA

LEGENDA

POSIÇÃO

DRUGAS / CONCENTRAÇÃO / VIA	DOSE	TÉCNICA ANESTÉSICA	MONITORIZAÇÃO
A Cefazolin 1g		Bloc plexo bra q.	☐ E.C.G. ☒ SPO ₂ ☐ P.I.A.
B		lidocaina 1% 30ml	☒ P.N.I. ☐ CO ₂ ☐ AGENTES
C			INTERCORRÊNCIAS
D			
E			
F			
G			
H		☐ T.O.T.N. ☐ T.N.T.N.	☐ M. LARÍNGEA N. ☐ M. FACIAL
I		INÍCIO	FIM
J			DURAÇÃO
K		SF:	RL:
L		RS:	SG:
M		CH:	PL:
N		ANESTESISTA	CIRURGIÃO
O		Eduardo	Lea L
P			

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA		
HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ANOTAÇÕES
ALTA PARA ENFERMARIA		MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA





UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL DE CLÍNICA
RUA DE SÃO CARLOS, 361 - JARDIM BOTANICAL
64201-300 - RIO DE JANEIRO, RJ
CNPJ: 08.555.355/0001801
TELEFONE: (085) 3276-3362



Pág: 1/1

PACIENTE: 1035112-GIL CELO DE MENESES FONTINELE IDADE: 48 Anos SUS
ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LEITO: CM0701 ADMISSÃO: 15/09/2018 DIAS INTERNADO: 7

PRESCRIÇÃO MÉDICA

17/09/2018 - 07:28:55

DIETA LIVRE

ACESSO SOROLIZADO	1,00			
1 ENOXACIN 20MG PO JOHLO E/SOLUÇÃO	1,00	FRAMFENDOVANOSA (FV)	12/12H	
INIEJAVEL				
ORFONNA 1G AMP	1,00	UN	ENDOVANOSA (EVI)	05/06H
SSV + COGG				

16:30:14: 170/60mmHg
36% glicemia
09:30:14: 120/60mmHg
35% glicemia

PA: 120x80mmHg

Coren: 110011550

Dr. Ednan Soares Coutinho
MÉDICO
CRM/RJ 5356

PROFISSIONAL





HOSPITAL REGIONAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS
AV. DR. PAULO VARELA, 200 - CENTRO
04260-000, PRIPRI/PI
CNPJ: 06553564/000480
TELEFONE: (86) 3276-3362

07/02



PACIENTE: 1015112-GIL CELIO DE MENESES FONTINELE
ENFERMARIA: 0802-OBSERVACAO 02 LEITO: 080204 ADMISSÃO: 15/09/2018 IDADE: 48 ANOS SUS DIAS INTERNADO: 1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

16/09/2018 - 09:21:38

DIETA LIVRE

ALISSO SOROLIZADO	1,00			
TENDONICAN 20MG PÓ LÍQUIDO P/SOLUÇÃO INJETÁVEL	1,00	FRAMFENDONOSA (EV)	12/12H	
DIPHONA 1G AMP	1,00	UN	ENDOVENOSA (EV)	06/06H
SSV + CCGG				

RECEBUEMOS
16/09/2018 10:00
CARTÃO DE RECEBUEMOS

PA 16:00 kpa 55mmHg
PA 14:00 x 80 mmHg
TAX = 36b.p.c

BRUNO VIANA PINHEIRO
Osteodonta e Radiatologia
PROFISSIONAL





ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

BOLETIM DE GASTO CIRÚRGICO

PACIENTE: Gal. Celio de Azevedo Fontinele
ENFERMIA: 101. Renato Jorge ANESTESISTA: 101. Eduardo
CIRURGIÃO: 101. Renato Jorge
INÍCIO: 10:10 TÉRMINO: 10:50 ANESTESIA: Hipóxico

MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE
AGULHA 13 x 4,5			ATADURA GESSADA			EFEDRINA		
AGULHA 25 x 7	X	03	MICROPÓRE			FUROSEMIDA/PROMETAZINA		
AGULHA 30 x 7			EDPARADRAPO	X		GLICOSE 25%		
AGULHA 30 x 8						GLICOSE 50%		
AGULHA 40 x 12			FIOS CIRÚRGICOS			GLUCONATO DE CÁLCIO		
AGULHA DE RAQUE 20G x 3			MONONYLON Nº 0			HEPARINA		
AGULHA DE RAQUE 22G x 2			MONONYLON Nº 1			NITROPRUSSATO		
AGULHA DE RAQUE 22G x 3			MONONYLON Nº 2			PROSTIGMINE		
AGULHA DE RAQUE 25G x 3			MONONYLON Nº 3	X	01	METOCLOPRAMIDA		
AGULHA DE RAQUE 26G x 3			MONONYLON Nº 4			SUCCINILCOLINA		
AGULHA DE RAQUE 27G x 3			MONONYLON Nº 5			SULFATO DE MAGNÉSIO		
SERINGA 1 ML			MONONYLON Nº 6			METILPREDNISOLONA		
SERINGA 5 ML			MONONYLON Nº 7			DICLOFENACO		
SERINGA 10 ML			VICRYL Nº 0			ANTIBIÓTICOS		
SERINGA 20 ML	X	02	VICRYL Nº 1			AMPLICILINA		
SERINGA 50 ML			VICRYL Nº 2			CEFALOTINA	X	01
SERINGA 60 ML			VICRYL Nº 3	X	01	CEFAZOLINA		
CATETER JELCO Nº 14			VICRYL Nº 4			CEFTRIAXONA		
CATETER JELCO Nº 16			VICRYL Nº 5			GENTAMICINA		
CATETER JELCO Nº 18	X	01	VICRYL Nº 6			METRONIDAZOL		
CATETER JELCO Nº 22			CAT GUT SIMPLES Nº			SOLUÇÕES		
CATETER JELCO Nº 24			CAT GUT SIMPLES Nº			FISIOLÓGICO 250ML		
CATETER PERIDURAL			CAT GUT CROMADO Nº			FISIOLÓGICO 500ML		
SCALP Nº 19			CAT GUT CROMADO Nº			GLUCOSADO 5% 250ML		
SCALP Nº 21			SOLUÇÕES			GLUCOSADO 5% 500ML		
SCALP Nº 23			ALCOOL 70%	X		RINGER LACTADO 500ML		
SCALP Nº 25			ALCOOL 80%	X		MANTOL		
SCALP Nº 27			PVPI TÓPICO	X		ANESTÉSICOS		
EQUIPO INJ, LATERAL			PVPI DEGERMANTE	X		ALCOOL IODADO		
EQUIPO POLIFIX 2 VIAS			ALCOOL IODADO			ÁGUA OXIGENADA		
EQUIPO POLIFIX 4 VIAS	X	01	ÁGUA OXIGENADA			VASELINA LÍQUIDA		
EQUIPO MACROGOTAS			VASELINA LÍQUIDA			FORMOL		
EQUIPO MICROGOTAS			FORMOL			CLOREXIDINA		
EQUIPO DE SANGUE			CLOREXIDINA			ANESTÉSICOS		
DRENO DE PENROSE Nº			ANESTÉSICOS			XYLOCAINA GEL		
DRENO DE SUÇÃO Nº			XYLOCAINA GEL			XYLOCAINA SPRAY		
DRENO DE TORAX Nº			XYLOCAINA SPRAY			XYLOCAINA 2% SN		
UROFIX SIST. ABERTO			XYLOCAINA 2% SN			NEOCAINA PESADA		
UROFIX SIST. FECHADO			NEOCAINA PESADA			NEOCAINA 0,5% SN		
ELETRODOS			NEOCAINA 0,5% SN			NEOCAINA 0,5% CN		
LÂMINA Nº 11			NEOCAINA 0,5% CN			BUPRIVACAINA 5 MG		
LÂMINA Nº 15	X	01	BUPRIVACAINA 5 MG			ARMEDICAMENTOS		
LÂMINA Nº 24			ARMEDICAMENTOS			ADRENALINA		
LUNA ESTÉRIL 6,5			ADRENALINA			AMINOFILINA		
LUNA ESTÉRIL 7,0	X	02	AMINOFILINA			ATROPIA		
LUNA ESTÉRIL 7,5	X	02	ATROPIA			ÁGUA DESTILADA		
LUNA ESTÉRIL 8,0			ÁGUA DESTILADA			BUSCOPAN		
LUNA ESTÉRIL 8,5			BUSCOPAN			CEDILANIDE		
LUNA DE PROCEDIMENTO (PAR)	X	05	CEDILANIDE			HIDROCORTISONA 100MG		
SONDA DE FOLLEY			HIDROCORTISONA 100MG			HIDROCORTISONA 500MG		
TUBO OROTRADUCAL			HIDROCORTISONA 500MG			KCL		
CÂNULA TRAQUEOSTOMIA			KCL			NACL 10%		
SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº			NACL 10%			NACL 20%		
SONDA GÁSTRICA Nº			NACL 20%			DEXAMETASOMA		
CERA ÓSSEA			DEXAMETASOMA			DIPIRONA		
SURGICEL			DIPIRONA			DOBUTAMINA		
TELA DE PROLENE			DOBUTAMINA			EFORTIL		
ATADURA DE CREPON Nº			EFORTIL					
COMPRESSA								
COMPRESSA DE GAZES								
ALGODÃO ORTOPÉDICO								

DATA: 10/10/20

INSTRUMENTADOR: Dr. Estevam

CIRCULANTE: Dr. Jonilda e Cleide



DATA: 18/7/82	ENFERMARIA/LEITO:	CLÍNICA:
---------------	-------------------	----------

NAME: Edith M. Fontana

DIAGNÓSTICO: *f. claudica* CID: ☐ ☐ ☐ ☐

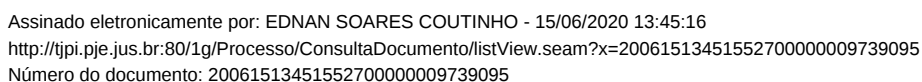
CIRURGIA:	PROCEDIMENTO:
	

CIRURGIÃO:	AUXILIAR:
------------	-----------

ANESTESISTA:		INSTRUMENTADOR:
--------------	--	-----------------

- Anurans
- Salamanders
- Lizards
- Frogs
- Reptiles & Fishes
- or Fishes
- Birds
- Mammals
- Insects

MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0187389

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.409.102 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/11/15

NOME MICHAEL THALISON GOMES MARQUES

FILIAÇÃO ELIANE GOMES DE MELO
ANTONIO PEREIRA MARQUES

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 13/07/1993

DOC. ORIGEM CERT.NASC. 213882 L 256 F 321
EXP TERESINA-PI 20/09/93

CPF TERESINA-PI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

CONTAMINADO DE SINIS
DPVAT
CONTENIDO NA VERIFICAÇÃO
31 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
Nor - P-64





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

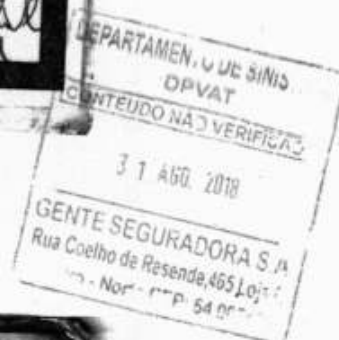
Número
056.769.253-10

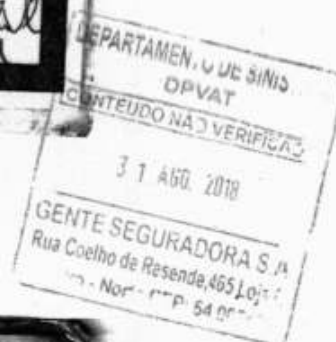
Nome
MICHAEL THALISON GOMES MARQUES

Nascimento
13/07/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

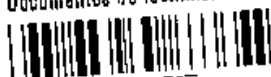






VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO GERAL	1.129.856	DATA DE EXPEDIÇÃO	29.03.1989
GIL CELIO DE MENESES FONTENELE			
FILIAÇÃO Firmo de Menezes Fontenele			
Francisca Alcair de M. Fontenele			
Piripiri-PI		22/NOV/1970	
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
NAS. 9.948. LV. 36. PES. 274. EXP.			
Piripiri-PI, 07. DEZ. 1975			
ASSINATURA DO DETENTOR			
LEI Nº 7.116 DE 20/08/83			
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ		SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO		ASSINATURA DO DETENTOR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE			

Documentos de identificação

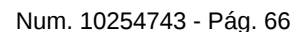


VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		MINISTÉRIO DA FAZENDA	
ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS		SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL	
DE USO OBRIGATÓRIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS		COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE IMPOSIÇÕES	
PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCURE A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL		ECONÔMICO-FISCAIS - CUF	
CARTÃO DO AGENTE EMISOR		CPF: 396.211.893-49	
039/0013-2		DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF	
16 FEV 1989		GIL CELIO DE MENESES FONTENELE	
AGRICULTOR		NASCIMENTO	
32412 / 1167		22.11.70	
ASSINATURA DO AGENTE EMISOR		ASSINATURA DO DETENTOR	
Cláudio Alves Pereira		Gil Celio de Menezes Fontenele	
Chefe de Setor		COPIAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE	



REMARKS:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA	
DETRAN - PI CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	Nº 012B47910102
VIA 0112510 REMANUS	ANTRC
2815 0127 0311 7572 4276 3306 0328 2808 3617	017 017
FRANCISCO ALZAIR DE MENEZES FONT INELB ***** ***** ***** ***** ***** ***** ***** ***** *****	
72685670300 CPF/CNPJ	PIA-1866 PLACA
PLACA ANT / UF	962R014901R5152 CHASSI
ESPECÍFICO	COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS
PAR/MOTOCICLETA/VEHICULO	2014 ANOMOD 2014
CONTRA/CEL50 FAN L3DI	2014 SCRTDOMINANTE PRETA
02P/014300 CAP/PT/CIL	CATEGORIA PARTICU
1 P V A	1 2 3
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA 1ª 12VA
PARCELAMENTO / COTAS	2ª PAGO
PREÇO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
DATA REGISTRO	OBSERVAÇÕES
ENCATELINA	20140805017



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072477/19

Vítima: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

CPF: 396.211.893-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/09/2018

Titular do CPF: GIL CELIO DE MENESES
FONTENELE

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



GIL CELIO DE MENESES FONTENELE : 396.211.893-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/02/2019
Nome: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE
CPF: 396.211.893-49

GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 93.654 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/08/17

NOME FRANCISCA ALZAIR DE MENESES FONTENELE

FILIAÇÃO CARMOSINA MENDES DE MENESES
GIL DE SOUZA MENESES

NATURALIDADE PIRIPIRI-PI DATA DE NASCIMENTO 21/06/1943

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 54 L 11A F 93V
EXP PIRIPIRI-PI 12/04/02
COR 726.856.703-00
1431846

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Estadouro de Polícia Cláudia T. ...

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

1431846

Francisca Alzaí de Menezes Fontenele

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180406166 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHAEL THALISON GOMES MARQUES **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO MÉDIO DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180406166 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHAEL THALISON GOMES MARQUES **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO MÉDIO DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de formas legíveis e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Michael Thalison Gomes Marques
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: solteiro
Identidade: 3.409.502
CPF: 056.769.253-50
Profissão: Serrente de Pedreiro
Endereço: Rua: Minas Gerais N: 503 B. Mutuclouro
CEP: _____
Telefone: (86) 99472-9591

OUTORGADO:

Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
RG: 2.212.129
CPF: 839.502.303-00
Profissão: CORRETOR (A)
Endereço: RUA: RUI BARBOSA Nº 3814 BAIRRO: PARQUE ALVORADA TERESINA- PIAUI
CEP: 64.000-090
Telefone: (86) 99472-9591 / 98807-7870 / 3213-2804



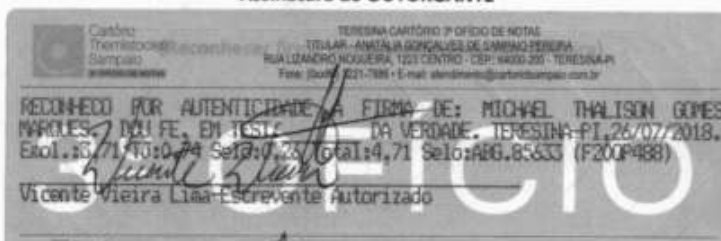
Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado Acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradora consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo subestabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATORIO DPVAT para a

Vítima Michael Thalison Gomes Marques
Teresina. Piau. 26 julho 2018

Local e Data

Michael Thalison Gomes Marques

Assinatura do OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321127/18

Número do Sinistro: 3180406166

Vítima: MICHAEL THALISON GOMES MARQUES

CPF: 056.769.253-10

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MICHAEL THALISON GOMES MARQUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

MICHAEL THALISON GOMES MARQUES : 056.769.253-10

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/09/2018
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2018
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072477/19

Vítima: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

CPF: 396.211.893-49

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/09/2018

Titular do CPF: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GIL CELIO DE MENESES FONTENELE : 396.211.893-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/02/2019
Nome: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE
CPF: 396.211.893-49

GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES**

Nº Sinistro: **3180406166**

Vitima: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES**

Data do Acidente: **21/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180406166**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13318512

Pag. 00791/00792 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES**

Nº Sinistro: **3180406166**
Vítima: **MICHAEL THALISON GOMES MARQUES**
Data do Acidente: **21/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180406166**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01049/01044 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13321714





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190176042

Vítima: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

Data do Acidente: 13/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14036015





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190176042

Vítima: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

Data do Acidente: 13/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00303/00304 - carta_03 - INVALIDEZ

00060152



Carta nº 14038266





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190176042

Vítima: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

Data do Acidente: 13/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00647/00648 - carta_16 - INVALIDEZ

00450324



Carta nº 14932835



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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").

Numero do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

056.769.253-10

Nome completo da vítima

Michael Thelison Gomes Marques

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Michael Thelison Gomes Marques		CPF titular da conta 056.769.253-10	Profissão Surv. de Pichado
Endereço Rua: Minas Gerais		Número 403	Complemento
Cidade Jutaidouro	Estado Pernambuco	CEP	
E-mail		Telefone (DDD) (86) 99472-9591	

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) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 9989 013 92568 6
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO NRO. D/V
 Nome NRO.
 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 (Informar dígito se existir) (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.

Thelison 14 de 08 de 18

Local e Data

Michael Thelison Gomes Marques

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

2017



CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - TERESINA NORTE
DATA: 25/08/2018 HORA: 10:08:56
TERMINAL: 38281001 CONTROLE: 382810010141

COMPROVANTE DE
TRANSFERÊNCIA DE VALDRES

REMETENTE
CGC/AGÊNCIA : 8389 / DIRETORIA DE VERIFICAÇÃO
CONTA : 013.000.00328-6
NOME : KELLY NOBRA DE OLIVEIRA

FAVORECIDO
CGC/AGÊNCIA : 1989 / COSTA E SILVA
CONTA : 013.000.92568-6
NOME : MICHEL T G MARQUES





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ

☐ MORTE

Nº do sinistro ou AS:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

396.211.893-49

GIL CELSO DE MENESES FONTENELE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2012

Nome completo:

GIL CELSO DE MENESES FONTENELE

CPF:

396.211.893-49

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

ADJUNTO DE VENDAS

RS, HERACITO FORTES - Q-02

36

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

BRASILEIRA

PI

64.265-000

E-mail:

Tel. (DDD):

carriengean@hotmail.com

(86) 99823-6360

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

RENDAMENTO:

☒ REQUERER 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:

5808

CONTA:

0007043

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Por 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:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

☐ 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.

Local e Data, PIRAPARI-PI, 11/02/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RPSO

GIL CELSO DE MENESES FONTENELE

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º 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 RGO, 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.

FPS001 V001/2018



DEPS. BRANDESCO - CONSULTA DE SALDOS
 DIA 01/01 DE MESES FORTHELE
 AGENCIA 5000 CONTA 0007043-2

11/12 HPS
 12/FEV/2019

DISPONIVEL
 = TOTAL DISPONIVEL 16,50-
 + CONTA FACIL (C/D + PUMP) 16,50-

TOTAL DE RECURSOS 16,50-

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/D + PUMP)

DATA	HISTORICO	DEZEMBRO/2018	VALOR
28	SALDO ANTERIOR	11.000,00	0,00
12	PARTELA BANCARIA 8110119	FEVEREIRO/2019	16,50-
	CESTA EXPRESSO +		
	SALDO TOTAL		16,50-

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS
 POUPANCA FACIL - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12

DATA	SALDO EM	RENDIMENTOS
28	12/02/2019	0,00
	0,00	
TOTAL		0,00





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002837/2018-99

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 13/08/2018 - 09:25

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA 24 DE JANEIRO C/ RUA COELHO RODRIGUES, Nº:

Complemento

Data/Hora

21/05/2018 - 21:00

469453

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MICHAEL THALISON GOMES MARQUES

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3409102 SSP PI

Mãe: ELIANE GOMES DE MELO

Pai: ANTONIO PEREIRA MARQUES

Endereço: RUA MINAS GERAIS, Nº 403

Bairro: ACARAPE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-3213-4449

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA ODU-4569-PI, COR ROXA, RENAVAM 347308830, PROP. DE ITALO GOMES MARQUES, E QUE TRAFEGAVA PELA RUA COELHO RODRIGUES, QUANDO SE ENVOLVEU EM UM ACIDENTE COM UM TAXISTA DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA PELA RUA 24 DE JANEIRO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 477251). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

MICHAEL THALISON GOMES MARQUES - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





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

Boletim de ocorrência



341 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 177696.000015/2019-84

Unidade de Registro: 1º DP DE PIRIPIRI

Resp. pelo Registro: Jesuino Soares Caxias

Data/Hora: 07/02/2019 - 11:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BRASILEIRA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BRASILEIRA

Endereço

RUA PROJETADA, Nº:

Complemento

BAIRRO FREXEIRAS

Data/Hora

13/09/2018 - 15:30

Bairro

PREJUDICADO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GIL CELIO DE MENESES GONTENELE

RG: 1129856 PI

Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE MENESES FONTENELE

Pai: FIRIZO DE MENESES FONTENELE

Endereço: QUADRA 02 DO CONJUNTO HERÁCLITO FORTES, Nº 16

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: BRASILEIRA

Telefone(s): 86-9823-7360

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RECEBIDO

20 FEV 2019

Seguradora Lider-DPVAT

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	CG150 FAN ESDI	2014	PIA1866	9C2KC1680ER578152	01125109243	Preta
Condutor: GIL CELIO DE MENESES GONTENELE RG: 1129856 Órgão: UF RG: PI End: QUADRA 02 DO CONJUNTO HERÁCLITO FORTES Número: 16 Complemento: Cidade: BRASILEIRA UF: PI Bairro: PREJUDICADO						

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante informa que estando na condução da motocicleta acima indicada, que é cadastrada em nome da mãe do declarante: Francisca Alzair de Meneses Fontenele pela via pública do bairro Freixeiras, num trecho que não tem calçamento e repentinamente perdeu o controle do veículo no momento que o pneu dianteiro derrabou numa "valeta" da via pública e diante disso sofreu uma queda e não teve mais condições de prosseguir conduzindo e sentia fortes dores no ombro esquerdo; QUE na região onde mora não tem serviço do SAMU e foi socorrido pela pessoa de Teodoro Cândido da Cunha, RG 494178-PI, residente no bairro Freixeiras de Brasileira-PI e pela esposa deste, a senhora Maria dos Remédios Passos da Cunha, RG 859908-PI; os quais moram a pouca distância do local do acidente e o casal providenciou ligação telefônica aos familiares da vítima e em seguida o mo: 10 foi levado para casa em transporte dos familiares; QUE informa que não suportando as dores no ombro decidiu se dirigir ao hospital regional Chagas Rodrigues, no dia 13/09/2018 e nos exames realizados ficou ciente que houve fratura na clavícula.

Jesuino Soares Caxias
Chefe de Polícia
Mat. 0867527

GIL CELIO DE MENESES GONTENELE
GIL CELIO DE MENESES GONTENELE - Noticiante
Responsável pela Informação

de Ocorrência emitido em: 07/02/2019 10:39 - SisBO@2011-2019 ATI

Página 1/2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 13:45:16
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061513451552700000009739095>
Número do documento: 20061513451552700000009739095

Num. 10254743 - Pág. 85



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

341 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 177696.000015/2019-84

Delegado de Polícia

Bel. Jemino Soares Coutinho
Chefe de Pol. 2ª D.P. PIAUI
M.M. 086752-7



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: Michael Thulison Gomes Marques CPF da Vítima: 056.469.253-10 Data do Acidente: 21.05.2018

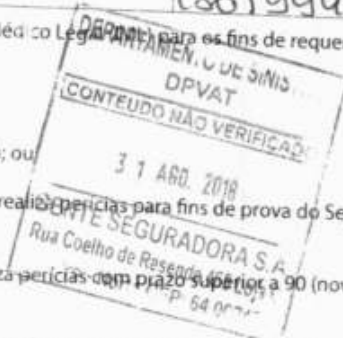
REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Michael Thulison Gomes Marques CPF do Representante legal: 056.469.253-10
Email: Telefone (DDD): (86) 994729591

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 perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia 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 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 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.

Michael Thulison Gomes Marques de 08 de 18
Local e Data

Michael Thulison Gomes Marques
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

2017

