

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ivone Eneas de Oliveira Barros,

RG nº 1.355.230, data de expedição 28/03/17,

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 724.436.693-00 com

domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

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

Rua da Glória, nº 240,5

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima - forinaldo Silva de Melo cujo o condutor era

forinaldo Silva de Melo.

Veículo: moto

Modelo: Honda POP 100

Ano: 2012 2012

Placa: OEE 9706

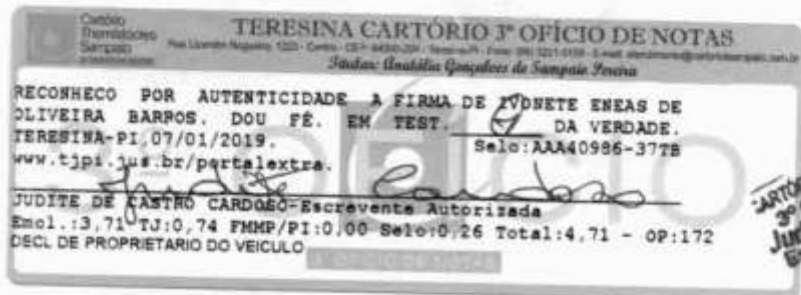
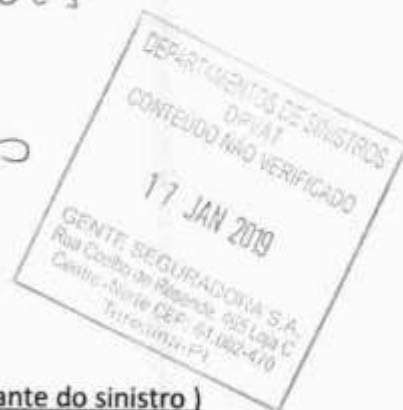
Chassi: 9C2H00210CR494957

Data do Acidente: 04/08/18

Local e Data: Teresina Piauí, 04/01/2019

Ivone Eneas de Oliveira Barros  
Assinatura do Declarante

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



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 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josinaldo Silva De Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 601.900.941 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Josinaldo Silva De Melo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 601.900.941 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 16 de Janeiro de 2019  
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 758 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 16.540.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-V  
Regime especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 04/98

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO



011488364

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	01/10/2018	299	294,97

NELLE ROZE SOARES MARQUES  
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE  
CPF: 00084017317391  
CEP: 64.000-235 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	18611		Atual:	24/09/2018
Anterior:	1.000		Anterior:	25/10/2018
Constante de Multiplicação:	299		Próxima Leitura:	21/09/2018
Consumo Medido:	299	FCAM	Emissão:	24/09/2018
Consumo Faturado:			Apresentação:	33
NORMAL				

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	278

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
AGO/18 232	CONSUMO 299 A R\$ 0,894947 =	267,58
JUL/18 184	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	21,67
JUN/18 208	CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00	0,51
MAI/18 211	MULTA POR ATRASO 08/18-00	4,17
ABR/18 159	JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00	1,04
MAR/18 307	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 14,93	
FEV/18 224		
JAN/18 271		
DEZ/17 314		
NOV/17 416		
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 299 - 0,894947		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO  
LIGUE 0800 036 0300 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 21/09/2018, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

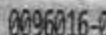
RESERVADO AO FISCO 8AC6.F37C.C1EF.777B.A9A5.A799.C724.B216

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	51,55	Base de Cálculo:	267,58
Energia:	98,04	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	15,42	Valor do ICMS:	72,24
Encargos:	15,62	Valor do PSE:	2,62
Tributos:	86,95	Valor do COFINS:	12,09

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,31 10,63 21,25 3,11 6,23 12,45 3,03  
0,00 0,00 0,00



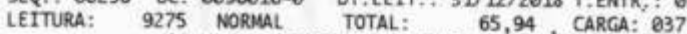


A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 67 - 0,621415

REAJUSTE TARIFARIO MEIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFOR  
ME RESOLUCAO ANEEL 2.490/2018.  
LIGUE 0800 086 8800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Ate o dia 28/12/2018, nao constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

83670000000 0 65940017000 0 00000000096 8 01601218008 5



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	601.900.941-68	Jesemaldo Silva de Melo	
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>			
Nome completo:		CPF:	
Jesemaldo Silva de Melo		601.900.941-68	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Platineiro	Rua Da Glória	4405	Caro
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
urbano	Terresina	PI	64000-000
E-mail:	Tel.(DDD):		
	(86) 99534-6565		

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 2004	CONTA: 69770	AGÊNCIA:	CONTA:
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Terresina - Piauí 16/01/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





Dados do Chamado	01 N° do chamado 484	02 Data do chamado 04/08/18	03 PRO (código) 2918	04 Saída do PA 10/15	05 Chegada ao local 10/24
	06 Saída do local 10/18	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço AV. SECRETARIA PIONEIRA	11 Bairro VILA SANTA BARBARA/VERDE			
	12 Município-UF TERESINA-PI	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência CONEXÃO 2A DO MAR E MARINHA LIMA	14 Nome JOSINALDO SILVA R. MELLO			
	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	16 Idade 49 ANOS 04/11/2018 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano Se idade ignorada, preencha com 999			
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	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				
Acidente de Transporte	19 Vitima 1 - Pedestre 2 - Condutor 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 <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 2 - 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				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 95Y Resp. 22 PA 160x100 TAX <input type="checkbox"/> SatO2 98Y	25 Local da lesão 			
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sagraamento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 10 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10			
Assistência	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>				
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/>				
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino <u>HUV</u> <input type="checkbox"/> Não Removido				
	33 Condições de entrada 3 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Alterado 34 Óbito <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>				
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar Paciente motociclista no condutor de 45 anos, vítima de acidente de trânsito com moto e pessoa (cachorro), com lesão no capacete, apresentando fratura fechada da cervical (C3) e T6-L1, necessitando de atendimento no local do TCE, com atendimento de enfermagem e transporte para o hospital de destino. Paciente em boas condições, com fratura fechada da cervical.				
	36 Responsável pela recepção Socorristas Médico <u>Jose Orlando Gomes da Silva</u> Enfermeiro <u>RODRIGUES</u> AE/TE <u>2018</u> Condutor				



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

905 v. 1.0



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003834/2018-72**

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francelina De Medeiros Elisário

Data/Hora: 05/11/2018 - 11:07

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AVENIDA SANTA BARBARA, Nº:

Complemento

PROXIMO AO MERCADO LIMA

Data/Hora

04/08/2018 - 09:30

498922

Bairro

VILA SANTA BARBARA

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO

RG: 4680435 SSP PI

Mãe: DIJANIRA SILVA DE MELO

Pai: SEVERINO JOSE DE MELO

Endereço: RUA DA GLORIA, Nº 4405

Bairro: SATÉLITE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9443-8220

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

A vítima compareceu a esta Especializada para noticiar que trafegava na condução do veículo motocicleta Honda de placa OEE 9706 de propriedade da ex esposa Ivonete Eneas de Oliveira, pelo endereço acima citado sentido direcional Vale do Gavião/Santa Barbara quando ao passar nas proximidades do Mercado Lima, um animal do tipo cachorro veio a adentrar a via de forma repentina saindo de um acougue e provocando o choque com o veículo do informante e a queda do mesmo tendo saído com lesões corporais. Informa que foi socorrido pelo SAMU e levado ao HUT e em seguida foi transferido ao Hospital da Polícia onde ficou internado por 13 dias e onde foi submetido a uma cirurgia. Informa que não fazia uso de capacete tampouco havia ingerido bebida alcoólica no dia do fato.

Francelina De Medeiros Elisário - Mat. 1963295  
AGENTE DE POLÍCIA

JOSINALDO SILVA DE MELO - Noticiante  
Responsável pela Informação



Delegado de Polícia

AVERBAÇÃO AO B.O: 100203.003834/2018-72

AVERBA-SE A ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA INFORMAR QUE o proprietário do veículo DE PLACA OEE-9706 É IVONETE ENEAS DE OLIVEIRA; CPF 72443669300, QUE O CHASSI É 9C2HBO21OCR494957, RENAVAN 490162002.



TERESINA, 07 DE JANEIRO DE 2019,

JOSINALDO SILVA DE MELO

AVERBANTE

KÁTIA MARIA EVANGELISTA

ESCRIVÃ DE POLÍCIA





**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190042287  
Nome do(a) Examinado(a): Josinaldo Silva de Melo  
Endereço do(a) Examinado(a): R da Gloria, 4405  
Satelite Teresina PI CEP: 64059-210  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PI ] 4680435  
Data local do acidente: [ 04/08/2018 ]  
Data local do exame: [ 26/03/2019 ] Teresina [ PI ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DA CLAVICULA DIREITA**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: OSTEOSINTESE COM HASTE METALICA INTRAMEDULAR COM PLACA E PARAFUSO METALICO.**

**Complicações: LIMITACAO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO**

**Data da Alta: 04/09/2018**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**PACIENTE EVOLUI COM DOR EM OMBRO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO.  
SEM TRAUMA NEUROLOGICO E CRANIANO.**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**LIMITACAO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO COM DOR EM OMBRO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR GRAU 3 , COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO - Lado Direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo


Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. Frederico Fonseca de Oliveira  
CPF - 047.547.326-42  
CRM/PI - 5058



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 601.900.941-68 Nome completo da vítima: José Geraldo Silva de Melo

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

Nome completo: José Geraldo Silva de Melo CPF: 601.900.941-68  
Profissão: Pedreiro Endereço: Rua Da Glória Número: 4405 Complemento: Cam  
Bairro: urbano Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64000-000  
E-mail: Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

### RENDA MENSAL:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 2004 CONTA: 697701  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Teresina - Piauí 16/01/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

Aos Cuidados de: JOSINALDO SILVA DE MELO

Nº Sinistro: 3190042287  
JOSINALDO SILVA DE MELO

Data do Acidente: 04/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190042287**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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 14117890







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190042287

Vítima: JOSINALDO SILVA DE MELO

Data do Acidente: 04/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190042287

Vítima: JOSINALDO SILVA DE MELO

Data do Acidente: 04/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSINALDO SILVA DE MELO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSINALDO SILVA DE MELO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000069770-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190042287**

**Vítima: JOSINALDO SILVA DE MELO**

**Data do Acidente: 04/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSINALDO SILVA DE MELO**

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

# 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: 29/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSINALDO SILVA DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000069770-1

---

Nr. da Autenticação 6F6CB76255C9BA5F



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

## OUTORGANTE:

Nome: Josinaldo Silva de Melo  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Solteiro  
Identidade: 4.680.435  
CPF: 601.900.941-68  
Profissão: pedreiro  
Endereço: Rua da Glória 4405  
CEP: 64.000.000  
Telefone: (86) 99534-6565 99401-2688

## OUTORGADO:

Nome: Delli Roze Soares Marques  
Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: Solteira  
Identidade: 4.119.262  
CPF: 840.173.173-91  
Profissão: Recuso-me  
Endereço: Rua 24 de janeiro s/n centro norte  
CEP: 64-000.235  
Telefone: (86) 99534-6565 99401-2688



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 LÍDER 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 seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Josinaldo Silva de Melo

Teresina-PE 07/01/2019

Local e data

Josinaldo Silva de Melo

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

3º OFÍCIO

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua Coronel Negreiros, 1223 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0119 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br  
Técnicos: Cláudia Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSINALDO SILVA DE MELO, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE, TERESINA-PI, 07/01/2019. Selo: AAA41712-PQGE  
www.tjpi.jus.br/portalexta

JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrevente Autorizada  
Emol.: 3,71 RJ: 0,74 FMMP/PI: 0,00 Selo: 0,26 Total: 4,71 - OP: 456  
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Judite de Castro Cardoso  
Escrevente Autorizada

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020914/19

**Número do Sinistro:** 3190042287

**Vítima:** JOSINALDO SILVA DE MELO

**CPF:** 601.900.941-68

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

**Data do acidente:** 04/08/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSINALDO SILVA DE MELO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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](http://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: 13/03/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

\_\_\_\_\_  
NELLE ROZE SOARES MARQUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

\_\_\_\_\_  
Paula Vargens Mendes da Costa

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190042287

**Cidade:** Teresina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSINALDO SILVA DE MELO

**Data do acidente:** 04/08/2018

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA.  
TRAÇO DE FRATURA DO 5º ARCO COSTAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Nº ORDEM.....: 10763000216

NOME.....: JOSINALDO SILVA DE MELO

MÉDICO SOLIC:

DATA LAUDO...: 22/08/2018

CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 06/08/2018

IDADE: 45 anos

CRM: -PI

CÓDIGO: 36876

### RX CLAVICULA DIREITA

O estudo radiológico da clavícula direita realizado nas incidências em rotação interna e rotação externa demonstra:

- Fratura cominutiva, desalinhada, no terço médio da clavícula.
- Articulações acrômio-clavicular e gleno-umeral preservadas.
- Espaço subacromial conservado.
- Aumento de partes moles.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura na clavícula direita.

IVAN FONTENELE GOMES  
CRM-2426-PI



Av. Helyer Costa, 1542 - Ilheus - Teresina/PI  
CEP 64064-220 - CNPJ 07.444.159/0002-26

Telefone: (86) 3227-6265  
Fax: (86) 3216-1820





**CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO**

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: H. Mat. Satélite

Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO

Data do exame: 05/09/2018

Id Paciente: 63683 II

Data do laudo: 14-09-2018

**Raio X de Ombros**

**Estudo radiológico do ombro direito**

Fratura completa desalinhada em vias de consolidação, localizada na diáfise da clavícula, fixada com fio metálico

Espaços articulares preservados.

Partes moles sem particularidades

Dr. Joelson Oliveira Moreira  
Médico Radiologista  
CRM-PI: 2353



**CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO**

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: H. Mat. Satélite

Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO

Data do exame: 15/08/2018

Id Paciente: 63683

Data do laudo: 13-09-2018

**Raio X do Tórax**

Campos pulmonares com transparência preservada.

Seios costofrênicos livres.

Área cardíaca preservada.

Mediastino sem alterações.

**Raio X do ombro direito**

- Fratura completa no terço médio da clavícula fixada por haste metálica intramedular.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

Dr. Evaldo Teixeira  
Médico Radiologista  
CRM-PI: 2195



**COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS**  
**CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR**

CLIENTE...:86541 JOSINALDO SILVA DE MELO

CNS: 702902553926874

IDADE...:45 anos

REQ:

MÉDICO ...:MILTON C. B. B. FILHO

DATA EXAME: 08/10/2018

SEXO...:

CONVÊNIO: SUS

**RX DA CLAVÍCULA DIREITA (02 INC.)**


**ACHADOS:**

Controle de fratura da diáfise média da clavícula direita, com fio metálico intramedular.  
Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.  
Partes moles sem alterações radiológicas.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Controle de fratura da diáfise média da clavícula direita, com fio metálico intramedular.

ASSOCIAÇÃO REABILITAR

  
Dr. Jorio Nêva de Moura Santos Cordeiro  
CRM4146



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
RECEITUÁRIO



DADOS DO PACIENTE

NOME: JOSINALDO SILVA MELO

DATA NASC.: 04/12/1972

IDADE: 45 Anos 10 Meses 12 Dias

SEXO: Masculino

ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO: RUA DA GLORIA

Nº 4405 COMPL:

BAIRRO: SATELITE

CIDADE: TERESINA

CEP: 64059210

DECLARO PARA DEVIDOS FINS QUE PACIENTE CITADO  
ACIMA , FOI OPERADO CLAVICULA DIR , DIA 09.08.18

**Milton Batista**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - PI 2024

Data:

Ass. Profissional

MILTON CASTELO BRANCO BATISTA FILHO

Conselho: 2024

**"Humanizando e Cuidado Bem da Sua Saúde"**

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1528 - Fax: (86) 3216 - 1520  
CEP: 64.014-220 - Teresina - Piauí - CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Notificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

729959

## Identificação do Paciente

Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO

6 - Prontuário: 395514

CNS: 702902553926874

8 - Nascimento: 04/12/1972

9 - Sexo: M

CPF: 601.900.941-68

Mãe: DIJANIRA SILVA MELO

12 - Fone: 86-9.94438220 / 981889497

Resp: PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA MELO

14 - Cor: PARDA

Ender.: RUA DA GLORIA

4405

SATELITE

19 - CEP: 64059-210

Munic: TERESINA

17 - Cod. IBGE:

221100

18 - UF: PI

RG:

46804-35

## Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Condições que justificam a Internação:

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Diagnostico Inicial:

24 - Cid Princ.: S420

25 - Cid Sec.: \_\_\_\_\_

26 - Cid C.Ass.: \_\_\_\_\_

FRATURA DA CLAVICULA

## Procedimento Solicitado

Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

108010150 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Tempo SUS

2

Clínica:

30 - Carater.: 02

Ident.: 1

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.

CPF

16778699841

Nome Profissional / Assistente

ANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:

05/08/2018

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

☐ Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Série

☐ Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

☐ Acidente de Trabalho Trajetado.Vínculo com a Previdência. ☐ Empregado☐ Empregador☐ Autônomo☐ Desempregado☐ Aposentado☐ Não Segurado.

## Autorização

Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: JACQUELINE ALMEIDA

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão 15:05:11

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

744918

## Identificação do Paciente

5 - Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO

6 - Prontuário: 395514

7 - CNS: 702902553926874

8 - Nascimento: 04/12/1972

9 - Sexo: M

CPF: 601.900.941-68

11 - Mãe: DIJANIRA SILVA MELO

12 - Fone: 86-9.94438220 / 981889497

13 - Resp: PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA MELO

14 - Cor: PARDA

15 - Ender.: RUA DA GLORIA

19 - CEP: 64059-210

16 - Munic: TERESINA

4405 SATELITE

17 - Cod. IBGE: 221100

18 - UF: PI

RG: 46804-35

## Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

1 - Condições que justificam a Internação:

2 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

3 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: T039

25 - Cid Sec.: \_\_\_\_\_

26 - Cid C.Ass.: \_\_\_\_\_

LUXACOES, ENTORSES E DISTENSOES MULTIPLAS, NAO ESPECIFICADAS

## Procedimento Solicitado

- Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0308010043 TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MULTIPLAS REGIOES DO CORPO

Tempo SUS

7

- Clínica: 30 - Carater.: 02 Ident.: 1 31 - Documento: CPF 32 Doc. Med. Solic. 16778699841

- Nome Profissional / Assistente  
EANDRO PONCE LEAL34 - Data de Solicitação:  
22/08/2018

35 - Ass., Carimb. Med. Solicitante

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

- ( ) Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Serie

- ( ) Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

- ( ) Acidente de Trabalho Trajetado.

- Vínculo com a Previdência. ( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado.

## Autorização

- Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: OSCARINA

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão 15:05:48

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

740871

## Identificação do Paciente

5 - Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO

6 - Prontuário: 395514

7 - CNS: 702902553926874

8 - Nascimento: 04/12/1972

9 - Sexo: M

CPF: 601.900.941-68

11 - Mãe: DIJANIRA SILVA MELO

12 - Fone: 86-9.94438220 / 981889497

13 - Resp: JOSINALDO SILVA DE MELO

14 - Cor: PARDA

15 - Ender.: RUA DA GLORIA

4405 SATELITE 19 - CEP: 64059-210

16 - Munic: TERESINA

17 - Cod. IBGE: 221100 18 - UF: PI RG: 46804-35

## Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

1 - Condições que justificam a Internação:

2 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: A490

25 - Cid Sec.: \_\_\_\_\_ 26 - Cid C.Ass.: \_\_\_\_\_

INFECÇÃO ESTAFILOCOCCICA DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA

## Procedimento Solicitado

27 - Procedimento Solicitado:

0308040015 TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS

Tempo SUS

5

28 - Clínica:

30 - Carater.: 02

Ident.: 1

31 - Documento: 32 Doc. Med. Solic.  
CPF 83823077368

29 - Nome Profissional / Assistente

JOCELDIO ANTONIO NEVES DO REGO

34 - Data de Solicitação:  
16/08/2018

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

- ( ) Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Série

- ( ) Acidente de Trabalho Típico.

40 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

- ( ) Acidente de Trabalho Trajeto.

Vínculo com a Previdência. ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado.

## Autorização

36 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

37 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: ANA.ARAUJO

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão 15:06:10



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confere com o(a) original que  
foi apresentado(a) e dou fé.  
Em, 29/10/18.

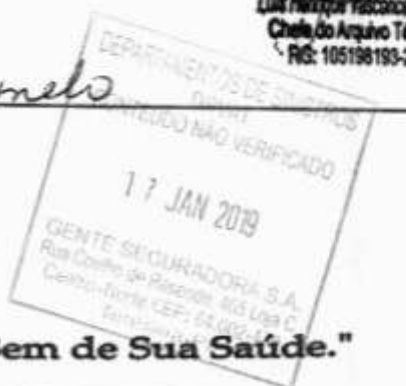
Setor do Arquivo Técnico do HPMPI

*Luiz Henrique Pasconceli Reis*  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI  
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Josivaldo Silva de Melo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 395614/18

Obs: Não fornecemos 2ª via.



**HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."**

**Piauí**  
GOVERNO DO  
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPI  
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI  
CEP 64.014-220  
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

**Saúde**  
Secretaria de Estado

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA  
COMPROVANTE****Número do Laudo:** 123254**Orgão Emissor:**

M221100001

**Paciente:** JOSINALDO SILVA DE MELO**Nascimento:** 04/12/1972**Procedimento:**0308040015 - TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE  
PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS**CID:**A490 - INFECCAO ESTAFILOCOGICA DE LOCALIZACAO NAO  
ESPECIFICADA**Data da Solicitação:** 22/08/2018**Data da****Autorização:****AIH.:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |**Estabelecimento Executante:** HOSPITAL DA POLICIA MILITAR  
DIRCEU ARCOVERDE - HPM\_\_\_\_\_  
Autorizador

*[Signature]*  
Luis Henrique Vasconcelos Reis  
RGPM 105198193-2 / Matr. 14435-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 123254
	AIH: 2218101618667

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	2323451
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	2323451

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
JOSINALDO SILVA DE MELO	04/12/1972	395514	M
DOCUMENTO TELEFONE NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
RG 1159074	PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA MELO		
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NÚMERO / LOTE	
	DA GLORIA	4405	
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF
CENTRO		TERESINA	PI

### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	COD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MULTIPLAS REGIOES DO CORPO	0308010043

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS	0308040015		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MULTIPLAS REGIOES DO CORPO	0308010043		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
LUXACOES, ENTORSES E DISTENSOES MULTIPLAS, NAO ESPECIFICADAS	T039		

### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente com politraumatismo apresenta entorse múltipla do membro superior direito.

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
LEANDRO PONCE LEAL	<i>Leandro Ponce Leal</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 2608
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
207271191110018	11/09/2018

### AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
LUIZ EDSON DOS SANTOS COSTA	<i>Dr. LEANDRO PONCE LEAL</i> Diretor Técnico do HPM CRM-PI 2608	
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
980016000055043		11/09/2018 11:19:06

*Luís Henrique Vasconcelos Reis*  
RGM 105198193-2 / Mat. 14435-9  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

54. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (A/H)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR

1. CNES  
2323451

ESTABELECIMENTO ENCIPIENTE

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR

3. CNES  
2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

OSINALDO SILVA DE MELO

Nº PRONTUÁRIO

7. CARTÃO NACIONAL SUS  
702902553926874

8. DATA NASC

04/12/1972

9. SEXO

Masculino

CNPJ

60190094168

RG

4680435

SSP-PI

10.1 NOME DA MÃE

OLIVIANIRA SILVA MELO

11. ENDEREÇO

QUA DA GLORIA

12.1 CID

10.2 NOME DO RESPONSÁVEL

PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA MELO

12.2 BAIRRO

SATELITE

12.3 COMPLEMENTO

12.4 COMPLEMENTO LOCAL

13. TELEFONE DE CONTATO

94438220

14. MUNICÍPIO

TERESINA

15. UF

PI

16. CEP

64059210

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE COM POLITRAUMATISMO APRESENTA ENTORSE MÚLTIPLA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

DIAGNÓSTICO INICIAL

ENTORSE MÚLTIPLA DO MSD

21. CID PRINCIPAL

T039

22. CID SECUNDÁRIO

23. CID CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TIPO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO

AVALIAÇÃO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MÚLTIPLAS REGIÕES DO CORPO

24. CID PRINCIPAL

02

25. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

LEANDRO PONCE LEAL

26. COD. DO PROCEDIMENTO

0308010043

27. CID

16778

28. DATA DE SOLICITAÇÃO

22/08/2018

29. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

ACIDENTE DE TRÂNSITO

30. CNPJ DA SEGURADORA

31. Nº DO BILHETE

32. SÉRIE

ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

33. CNPJ EMPRESA

34. CNPJ EMPRESA

35. CNOR

ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36. CID PRINCIPAL

37. CID SECUNDÁRIO

38. DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

☐ LEVE

☐ GRAVE

☐ GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

39. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

40. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

41. ASSINATURA E CARIMBO

42. NOME DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Luiz Henrique dos Santos Costa  
Assessor de Auditoria - CRLA/ANES  
CRM - 17.486 / 15-8 - CNP: 086.702.415  
CNS 98000400006504

Luiz Henrique dos Santos Costa  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico



# Polícia Militar do Piauí HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



## FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

### FICHA DE PRONTUÁRIO

Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO

22/08/2018

Nasc.: 04/12/1972 Sexo: M

Convênio: SUS - INTERNACAO

Pront.: 395514

Atendimento: 744918

Enfermaria: POSTO II

ENF 218

Leito: 218

Pai: SEVERINO JOSE DE MELO

Mãe: DIJANIRA SILVA MELO

RG: 4680435

Residência:

RUA DA GLORIA  
Nr.: 4405  
Cep: 64059210

Bairro: SATELITE  
Cidade: TERESINA  
Telefone: 86 - 994438220

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

paciente vítima de acidente com politrauma  
apresenta ~~fracturas~~ múltiplas do membro superior  
direito.

### DIAGNÓSTICO

Luís Henrique Vasconcelos Reis - 27/10/2018  
RGPM 105198193-27/Med. 14455-9  
Chefe do Setor de Análise Técnica

CID - L990

CID T022

Provisório:

Principal: ~~Politrauma~~ Múltiplas do MS D

Procedimento:

Sintomas e Sinais Principais

Sinais dor e limitação  
funcional

Causa Médica

Histo - Patológico:

### TRATAMENTO

Tipo:

- ☐ Nenhuma  
☐ Médico  
☐ Cirurgia  
☐ Médico Cirurgico

Terapêutica Médica

Medicamento

Operação

Eficácia

- ☐ Nenhuma  
☐ Médico  
☐ Cirurgia  
☐ Médico Cirurgico

### DURAÇÃO

Data/Hora de Internação  
22/08/2018 09:42:04

Data da Alta:  
28/08/2018

Data da Hospitalização  
1/1

### ALTA

Saída

- ☐ Curado ☐ Divisão Médica  
☐ Melhorado ☐ Por Indisciplina  
☐ Inalterado ☐ Evasão  
☐ A Pedido ☐ P. Ambulatório  
☐ Internação p/ Diagnóstico

Transferência

- ☐ Fisiologia  
☐ Psiquiatria  
☐ Outros

Óbito

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico  
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico  
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE    /    /   

Assinatura:

Leandro Ponce Leal  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 2608

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520  
CEP: 64014-090 - Teresina - PI CNPJ: 07.444.150/0001-00



PEDIDO: 115465  
PACIENTE: JOSINALDO SILVA DE MELO  
NOME DA MÃE: DIJANIRA SILVA MELO  
DATA DO NASCIMENTO: 04/12/1972  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 23/08/2018  
DATA DO LAUDO: 24/08/2018  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

### **RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Controle pós-operatório de osteossíntese na clavícula com fios metálicos.

Redução difusa da densidade mineral óssea.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Sinais de fratura no aspecto posterior do quinto arco costal direito.

\*Correlacionar com dados clínicos.



*Luís Henrique Vasconcelos Reis*  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

*Nayra Virginia S. Costa*  
CRM-Pi 3326

**NAYRA VIRGINIA DE SOUSA CO:**  
CRM: 3



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

EDIDO: 110956  
TENDIMENTO: 744918  
ACIENTE: JOSINALDO SILVA DE MELO  
DATA DO NASCIMENTO: 04/12/1972  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO  
MEDICO: LEANDRO PONCE LEAL  
POSTO: POSTO II ENF: 218 LEITO:

DATA: 23/08/2018

SEXO: M  
IDADE: 45a 8m 19d

**HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LAB**

**ERITROGRAMA:**

Hemácias.....: 4,90 milhões/mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina.....: 14,00g/dl  
Hematócrito.....: 45,0%

Valores de Referências	
Homem	Mulher
4,5 - 6,5	3,9 - 5,8
13,5 - 18,0	11,5 - 16,4
40,0 - 54,0	36,0 - 47,0

**LEUCOGRAMA:**

Leucócitos.....: 6.900mil/mm<sup>3</sup>

**Valores Referências**

4.000 - 10.000

Bastões.....:  
Segmentados.....: 66  
Eosinófilos.....: 2  
Basófilos.....:  
Linfócitos.....: 31  
Monócitos.....: 1  
Metamielócitos.....:  
Mielócitos.....:

3 - 5 %
50 - 66 %
2 - 4 %
0 - 1 %
20 - 30 %
4 - 8 %
0 - 0 %
0 - 0 %

OBS:

Plaquetas.....: 400.000mm<sup>3</sup>

100.000 mm<sup>3</sup> a 400.000  
mm<sup>3</sup>

OBS:

Método: Impedância/Difrações

Luiz Henrique Vasconcelos Reis - 19/08/2018  
RGPM 105198193-2 / Matr. 14495-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO  
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO  
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUIMICO  
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF-PI 0985



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
17 JAN 2019  
SEGUROADORA S.A.  
R. de Roraima, 865 Lins C.  
Nº 100 CEP: 64.002-410  
Teresina-PI

Confere com o(a) original que  
for apresentado(a) e dou fé.

Em, 29/01/18

Setor do Arquivo Técnico do HPMPI

*Luís Henrique Vasconcelos*  
Luís Henrique Vasconcelos Fial 1º TEN. PM  
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPI  
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Joãoaldo Silva de Melo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 395514/18.

Obs: Não fornecemos 2ª via.

**HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."**

**Piauí**  
GOVERNO DO  
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPI  
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI  
CEP 64.014-220  
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

**Saúde**  
Secretaria de Estado

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA  
COMPROVANTE****Número do Laudo: 123254****Orgão Emissor:**

M221100001

**Paciente:** JOSINALDO SILVA DE MELO**Nascimento:** 04/12/1972**Procedimento:**0308040015 - TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE  
PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS**CID:**A490 - INFECCAO ESTAFILOCOGICA DE LOCALIZACAO NAO  
ESPECIFICADA**Data da Solicitação:** 16/08/2018**Data da****Autorização:** 27/08/2018 09:25:19**AIH.:** 2218101614950**Estabelecimento Executante:** HOSPITAL DA POLICIA MILITAR  
DIRCEU ARCOVERDE - HPM

---

*Autorizador***Operador:****Atendimento (Data, Hora):** 27/08/2018 12:07:19



## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

## CNES

2323451

## ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

## CNES

2323451

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

## CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

JOSINALDO SILVA DE MELO

## NASCIMENTO SEXO PRONTUARIO

04/12/1972

M

395514

## DOCUMENTO

CPF

1159074

## TELEFONE NOME DA MÃE

DIJANIRA SILVA DE MELO

## RESPONSÁVEL

PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA MELO

## CEP

## ENDEREÇO - LOGRADOURO

## NUMERO / LOTE

4405

## BAIRRO

## COMPLEMENTO

## MUNICIPIO

## UF

CENTRO

TERESINA

PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS DE CIMA

## PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

## CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

A490 - INFECÇÃO ESTAFILOCÓCICA DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA

## CID 10 SECUNDÁRIO

## CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0308040015 - TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS

## LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

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

Dr. LEANDRO PONCE LEAL  
Diretor Técnico do HPMP  
CRM-PI 2608

## CARÁTER

URGÊNCIA

DATA  
SOLICITAÇÃO  
16/08/2018LEANDRO PONCE LEAL  
CPF: 16778699841

CRM:

## DATA ADMISSÃO

16/08/2018 09:30

## DATA ALTA

17/08/2018 09:25

## MOTIVO ALTA

MELHORADO

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

## TIPO ACIDENTE

CNPJ  
SEGURADORANº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA  
EMPRESACNAE  
EMPRESACBOR NATUREZA DA  
LESÃO

## AUTORIZAÇÃO

## JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

## PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS  
CPF: 09623442300 CRM:DATA ANÁLISE: 27/08/2018  
09:25:19NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE  
AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

## ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Luís Henrique Vasconcelos Reis - 78.721.731  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

27/08/2018 12:11



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

123254

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

740871

## Identificação do Paciente

5 - Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO

6 - Prontuário: 395514

7 - CNS: 702902553926874

8 - Nascimento: 04/12/1972

9 - Sexo: M

CPF: 601.900.941-68

11 - Mãe: DIJANIRA SILVA MELO

12 - Fone: 86-9.94438220 / 981889497

13 - Resp: JOSINALDO SILVA DE MELO

14 - Cor: sem ident

15 - Ender: DA GLORIA

4405 SATELITE 19 - CEP: 64059-210

16 - Munic: TERESINA

17 - Cod. IBGE: 221100 18 - UF: PI RG: 46804-35

## Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PO de compressão na clavícula  
direita, com dor com perda  
da sensibilidade

21 - Condições que justificam a Internação:

Dor intensa

Luiz Henrique Vasconcelos Reis  
RG 105198193-2 / Matr. 14435-9  
Chefe do Setor de Inspecção Técnica

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Rx e Exame físico

23 - Diagnóstico Inicial:

FRATURA DA DIÁFISE DO UMERO

24 - Cid Princ.: S423.5

25 - Cid Sec.: 852.0

26 - Cid C.Ass.: 852.0

Fract de clavícula

Fozz Augu

0308040015

0308010019

## Procedimento Solicitado

Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408020199 REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DA DIÁFISE DO UMERO

29 - Clínica:

POSTO I

30 - Carater: 02

Ident: 1

31 - Documento:

CPF

32 Doc. Med. Solic.

83823077368

33 - Nome Profissional / Assistente

ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO

34 - Data de Solicitação:

16/08/2018

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ( ) Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - N°. Bilhete.

41 - Serie

37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - ( ) Acidente de Trabalho Trajet.

45 - Vínculo com a Previdência. ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado.

## Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização:

03/10/18

48 - Documento

49 - Num. Documento

Usuário: ANA ARAUJO

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão: 6:31:31

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Paulo Henrique de Oliveira Melo



# Polícia Militar do Piauí

## HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



### FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

### FICHA DE PRONTUÁRIO

16/08/2018

Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO

Pront: 395514

Nasc: 04/12/1972 Sexo: M

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 740871

Enfermaria: POSTO I

ENF 112 LEITO

Leito: 112

Pat: SEVERINO JOSE DE MELO

Mãe: DIJANIRA SILVA MELO

RG: 4680435

Residência:

DA GLORIA  
Nr.: 4405  
Cep: 64059210

Bairro: SATELITE  
Cidade: TERESINA  
Telefone: 86 - 994438220

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

### DIAGNÓSTICO

Provisório:

Principal:

Procedimento:

Sintomas e Sinais Principais

Causa Médica

Histo - Patológico:

### TRATAMENTO

Tipo:

Terapêutica Médica

Operação

Eficácia

- ☐ Nenhuma  
☐ Médico  
☐ Cirurgia  
☐ Médico Cirurgico

- ☐ Nenhuma  
☐ Médico  
☐ Cirurgia  
☐ Médico Cirurgico

### DURAÇÃO

Data/Hora de Internação  
16/08/2018 06:28:24

Data da Alta  
17/08/2018

Data da Hospitalização

### ALTA

Saída

Transferência

Óbito

- ☐ Curado  
☐ Melhorado  
☐ Inalterado  
☐ A Pedido  
☐ Internação p/ Diagnóstico
- ☐ Divisão Médica  
☐ Por Indisciplina  
☐ Evasão  
☐ P. Ambulatório

- ☐ Fisiologia  
☐ Psiquiatria  
☐ Outros

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico  
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico  
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE ☐ / ☐ / ☐

Assinatura: \_\_\_\_\_

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520  
CEP: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8

105198193-2 / Mat. 14455-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DIPAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
17 JAN 2019  
AGÊNCIA SEGURADORA S.A.  
Rua Celso de Figueiredo, 992 LDB C  
Bairro - Fátima CEP: 64.002-470  
Teresina - PI

Confere com o(a) original que  
foi apresentado(a) e deu fé.  
Em, 29/10/18.

Setor do Arquivo Técnico do HPMPI  
Luiz Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN. PM  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI  
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Josivaldo Silva de Melo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 395514/18

Obs: Não fornecemos 2ª via.

**HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."**

**Piauí**  
GOVERNO DO  
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPI  
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI  
CEP 64.014-220  
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

**Saúde**  
Secretaria de Estado

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA  
COMPROVANTE****Número do Laudo:** **118265****Orgão Emissor:**

M221100001

**Paciente:** JOSINALDO SILVA DE MELO**Nascimento:** 04/12/1972**Procedimento:**

0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

**CID:**

S420 - FRATURA DA CLAVICULA

**Data da Solicitação:** 05/08/2018**Data da****Autorização:** 05/08/2018 14:55:22**AIH.:** 2218101571818**Estabelecimento Executante:** HOSPITAL DA POLICIA MILITAR  
DIRCEU ARCOVERDE - HPM\_\_\_\_\_  
Autorizador**Operador:****Atendimento (Data, Hora):** 10/08/2018 12:25:45

*[Handwritten signature]*  
LUIZ HENRIQUE ROSA REIS 29/10/2018  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 118265

AIH: 2218101571818

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

## ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	JOSINALDO SILVA DE MELO	04.12.1972	M	395514
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
1159074		DUANIRA SILVA DE MELO	PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA MELO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE	
			4405	
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
CENTRO		TERESINA	PI	

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA DE CLAVÍCULA

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRANSFERÊNCIA

## PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

## CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

## CID 10 SECUNDÁRIO

## CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

## LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

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

Dr. LEANDRO PONCE LEAL  
Diretor Técnico do HPMP/PI  
CRM-PI 2608

## CARÁTER

URGÊNCIA

## DATA SOLICITAÇÃO

05-08-2018

LEANDRO PONCE LEAL

CPF: 16778699841

CRM

## DATA ADMISSÃO

05-08-2018 14:45

## DATA ALTA

10-08-2018 12:00

## 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 "NAO" AUTORIZAÇÃO

## PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CELSO PIRES FERREIRA FILHO

CPF: 7635633791

CRM

DATA ANÁLISE: 05-08-2018 14:55:23

## NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

## ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Luís Henrique Vasconcelos Reis  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-9  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico





# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:  
**HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE**

3 - Nome do estabelecimento executante:  
**HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE**

2 - CNES  
**2323451**

4 - CNES  
**2323451**

Atendimento  
**729959**

## Identificação do Paciente

5 - Nome: **JOSINALDO SILVA DE MELO**

7 - CNS: **702902553926874** 8 - Nascimento: **04/12/1972** 9 - Sexo: **M** 6 - Prontuário: **395514**

11 - Mãe: **DIJANIRA SILVA MELO** 12 - Fone: **86-9.94438220 / 981889497** CPF: **601.900.941-68**

13 - Resp: **PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA MELO** 14 - Cor: **sem ident**

15 - Ender.: **DA GLORIA** 19 - CEP: **64059-210**

16 - Munic: **TERESINA** 4405 SATELITE 17 - Cod. IBGE: **221100** 18 - UF: **PI** RG: **46804-35**

## Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

## Justificativa da Internação

*Após exame físico  
+ dor local de*

## 21 - Condições que justificam a internação:

*Ex. Cont. R*

## 22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

*Luiz Henrique dos Anjos Reis  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico*

## 23 - Diagnóstico Inicial:

**FRATURA DA CLAVICULA**

24 - Cid Princ.: **S420**

25 - Cid Sec.: \_\_\_\_\_

26 - Cid C.Ass.: \_\_\_\_\_

## Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

**0408010185**

**TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR**

Tempo SUS

29 - Clínica:

**POSTO II**

30 - Carater.: **02**

Ident.: **1**

31 - Documento: **CPF**

32 Doc. Med. Solic. **16778699841**

*0408010185*

33 - Nome Profissional / Assistente  
**LEANDRO PONCE LEAL**

34 - Data de Solicitação:  
**05/08/2018**

35 - Ass. Carimbo Med. Solicitante

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ( ) Acidente de Trânsito.

37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.

38 - ( ) Acidente de Trabalho Trajetado.

45 - Vinculo com a Previdência. ( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado.

## Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: **JACQUELINEALMEIDA**  
Consulta Local:  
Consulta SUS:  
Impressão: **14:43:56**



# Polícia Militar do Piauí

## HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



### FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

### FICHA DE PRONTUÁRIO

Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO

05/08/2018

Nasc.: 04/12/1972 Sexo: M

Pront.: 395514

Atendimento: 729959

Convênio: SUS - INTERNACAO

Pai: SEVERINO JOSE DE MELO

Enfermaria: POSTO II

ENF 212 LEITO

Leito: 212

Mãe: DIJANIRA SILVA MELO

RG: 4680435

Residência:

DA GLORIA

Nr.: 4405

Cep: 64059210

Bairro: SATELITE

Cidade: TERESINA

Telefone: 86 - 994438220

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

*Hx sendo posto  
de 7 feridas de 1cm*

### DIAGNÓSTICO

Provisório: *lesão clínica*

Principal: *lesão clínica*

Procedimento: *lesão clínica*

Sintomas e Sinais Principais

CID S420

CID

Causa Médica

Histo - Patológico:

*Lesão traumática*  
RGPM 105198193-2 Mat. 14495-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

### TRATAMENTO

Tipo:

- ☐ Nenhuma  
☐ Médico  
☐ Cirurgia  
☐ Médico Cirurgico

Terapeutica Médica

Operação

Eficácia

- ☐ Nenhuma  
☐ Médico  
☐ Cirurgia  
☐ Médico Cirurgico

### DURAÇÃO

Data/Hora de Internação  
05/08/2018 14:41:35

Data da Alta:

Data da Hospitalização

### ALTA

Saída

- ☐ Curado  
☐ Melhorado  
☐ Inalterado  
☐ A Pedido  
☐ Internação p/ Diagnóstico
- ☐ Divisão Médica  
☐ Por Indisciplina  
☐ Evasão  
☐ P. Ambulatório

Transferência

- ☐ Fisiologia  
☐ Psiquiatria  
☐ Outros

Óbito

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico  
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico  
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE ☐ ☐ ☐

Assinatura:

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520  
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



## BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 021 08 118

Nº DO PRONTUÁRIO 345514 SALA 08

CÓD DA CIRURGIA: 2408010150

**Descrição da Cirurgia:**

Am Amy Love  
Lup you see  
Reading Pixie Glue  
A full cut



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
17 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Campo de Azeite, 444 Lapa C  
Centro - 14070-000 CEP: 04.002-470  
Telefone: 11-5111-5111

Luís Henrique Vasconcelos Reis RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-9  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

Cirurgia: *1to unifo hister decto 2*  
Cirurgião: *D. Milton*  
1º Auxiliar:  
2º Auxiliar:  
3º Auxiliar:  
Instrumentador: *Pibeli*  
Circulante: *Maria I. Dapacho*



## BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 09/08/18  
Nº DO PRONTUÁRIO: 25514 SALA: 02  
CÓD DA CIRURGIA: 240210150

DN 24/12/72

NOME: Coronel Silva de Melo Idade 45a Sexo M ASA I  
PROCEDIMENTO: Exatoma de Ovario Apt/End e Lito: 6.12-12  
CIRURGIÃO: M.iten AUX: \_\_\_\_\_ ANEST: Valdineir ANESTESIA: Propofol  
INSTR.: de rui CIRC: M. Mendes INICIO: 13:50 FIM: 15:10 SALA: 09  
P.A. \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ HTO \_\_\_\_\_ Glicemia \_\_\_\_\_ Creatina \_\_\_\_\_ Resson \_\_\_\_\_

QUANTIDADE		OXIGENIO		SEQUENCIA	
1		2		3	
1		2		3	
3		4		5	
5		6		7	
7		8		9	
9		10		11	
11		12		13	
13		14		15	
15		16		17	
17		18		19	
19		20		21	
21		22		23	
23		24		25	
25		26		27	
27		28		29	
29		30		31	
31		32		33	
33		34		35	
35		36		37	
37		38		39	
39		40		41	
41		42		43	
43		44		45	
45		46		47	
47		48		49	
49		50		51	
51		52		53	
53		54		55	
55		56		57	
57		58		59	
59		60		61	
61		62		63	
63		64		65	
65		66		67	
67		68		69	
69		70		71	
71		72		73	
73		74		75	
75		76		77	
77		78		79	
79		80		81	
81		82		83	
83		84		85	
85		86		87	
87		88		89	
89		90		91	
91		92		93	
93		94		95	
95		96		97	
97		98		99	
99		100		101	
101		102		103	
103		104		105	
105		106		107	
107		108		109	
109		110		111	
111		112		113	
113		114		115	
115		116		117	
117		118		119	
119		120		121	
121		122		123	
123		124		125	
125		126		127	
127		128		129	
129		130		131	
131		132		133	
133		134		135	
135		136		137	
137		138		139	
139		140		141	
141		142		143	
143		144		145	
145		146		147	
147		148		149	
149		150		151	
151		152		153	
153		154		155	
155		156		157	
157		158		159	
159		160		161	
161		162		163	
163		164		165	
165		166		167	
167		168		169	
169		170		171	
171		172		173	
173		174		175	
175		176		177	
177		178		179	
179		180		181	
181		182		183	
183		184		185	
185		186		187	
187		188		189	
189		190		191	
191		192		193	
193		194		1	

### Técnica Anestésica:

Comentários Adicionais

Blazin: du pino. Ingent + Gdane  
N-S. Home intracommun.

**CONSTITUTIONAL**

Σ ECO  
□ PAN  
Σ PAN

☒ Oxímetro  
☐ Capnógrafo  
☐ P/V/C

1111

100

\_\_\_\_\_

2
---

### Mackinnon's Little League

Adrenalina		Amp
Água dest 10ml	07	Amp
Atropina	2	Amp
Bextra		Amp
Bromoprida		Amp
Cetazolina 1g	07	Fr
Cefotilina		Fr
Ciprofloxacina		Fr
Cloimid		Amp
Colide ( )		Fr
Dexametazona	07	Amp
Diazepam		Amp
Düerf	mg	Amp
Dipirone		Amp

Dolasetron	_____	Amp
Droperidol	_____	Amp
Eletilil	_____	Amp
Efradin	_____	Amp
Enflurano	_____	ml
Fentanil	_____	ml
Fentanil (S/C)	_____	Amp
Holotano	_____	ml
Hidrocodonisa	_____	ml
Isoflurano	_____	ml
Jaico nº 20	_____	Und
Lidocaina	_____	Fr
Metoclopramida	_____	Amp
Manitol	_____	Fr

Midazolam	Fr
Metronidazol	Fr
Neocelina Psi 0,5%	Amp
Narcan	Amp
Novobupri 0,5%	Fr
Nubial	Amp
Neocelina %	Fr
Neocelina 0,5% Isobar	Amp
Neostigmina	Amp
Omeprazol	Fr
Ondasetrona	Amp
Poliso Cel	Fr
Pancuronio	Amp
Propofol	Fr

Propofol	ml	Amo
Ranitidina		Amo
Quelcín		Amo
Quetanona	31	ml
Remifentanyl		Fr
Ringer-Lactado		Fr
S. Fisiológico 0,9%	ml 02	Fr
S. Glucosado 5%	ml 01	Fr
Scalp n°		Und
Tracur		Amo
Titrati	01	Fr
Tiopental		Fr

*7/2/2014*

Anesthetist-CRM

921 de 1-  
COOPARIST 41  
CNPJ. 03 408 415/0001-01  
ANESTESISTAS

Volgova, S. P. *1950*  
1950-1950

**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE***"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"***Nº ORDEM.....: 113732****NOME.....: JOSINALDO SILVA DE MELO****MÉDICO SOLIC: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO****DATA LAUDO...: 19/08/2018****CONVÊNIO: INTERNO****DATA REALIZ: 10/08/2018****IDADE: 45 anos****CRM: 3531-PI****CÓDIGO: 36876****RX CLAVICULA DIREITA**

O estudo radiológico da clavícula direita realizado nas incidências em rotação interna e rotação externa demonstra:

- Fratura oblíqua no terço médio da clavícula direita fixada com fio metálico intramedular.
- Articulações acrômio-clavicular e gleno-umeral preservadas.
- Espaço subacromial conservado.
- Aumento de partes moles.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA****Controle ortopédico.****IVAN FONTENELE GOMES  
CRM-2426-PI**

*Luis Henrique Vasconcelos Reis*  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

A. H. Silva - Cunha 1042 - Teresina - Piauí  
DEP 64.002-220 - CNPJ 07.444.109/0002-05

Telefone: (86) 3227-8265  
Fax (86) 3216-1820





## FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

ID = 36273

\*NOME DO HOSPITAL: HUT \*ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

### I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

\*NOME: JOSINALDO SILVA DE MELO IDADE: \*DN: 04 / 12 / 72

\*NOME DA MÃE: DIANIRA SILVA DE MELO

ENDEREÇO: RUA DA GLORIA N 4405, BAIRRO :SATELITE

\*CARTÃO DO SUS: 702902553926874

RESPONSÁVEL:

\*ID ( Nº DO GESTOR SAÚDE): 118112

\*CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: SEM URGÊNCIA ( ) POUCO URGENTE ( ) URGENTE(X )

MUITO URGENTE( ) PRIORIDADE MÁXIMA( )

### I = TRANSFERÊNCIA

\*CLÍNICO ( )

\*CIRÚRGICO (X )

QUADRO CLINICO: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA DE CLAVICULA

\*Pressão Arterial: 150 X 105 (mmHg) Saturação: 98 % Freq. Cardíaca: 68 (bpm)

\*Freq. Respiratória: 16 (rpm) Uso de O2: SIM ( ) NÃO(X ) Nível de Consciência: 15

\*Glicemia: ISOLAMENTO: SIM ( X ) NÃO ( ) /BACTÉRIA:

EXAMES/RESULTADO:

RX

\*DIAGNÓSTICO:

\*CID 10: S420

\*TRATAMENTO REALIZADO:

ANALGESIA

\*MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

RETAGUARDA

\*DATA: / /

\* Ass. e carimbo do médico







POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

EDIDO: 108717  
TENDIMENTO: 729959  
ACIENTE: JOSINALDO SILVA DE MELO  
ATA DO NASCIMENTO: 04/12/1972  
ONVÊNIO: SUS - INTERNACAO  
MEDICO: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO  
OSTO: POSTO II ENF: 212 LEITO: 02

DATA: 05/08/2018

SEXO: M

IDADE: 45a 8m 2d

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LAB

ERITROGRAMA:

Hemácias.....: 4,29 milhões/mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina.....: 13,80g/dl  
Hematócrito.....: 41,0%

Valores de Referências

Homem	Mulher
4,5 - 6,5	3,9 - 5,8
13,5 - 18,0	11,5 - 16,4
40,0 - 54,0	36,0 - 47,0

LEUCOGRAMA:

Leucócitos.....: 6.500mil/mm<sup>3</sup>

Valores Referências

4.000 - 10.000

Bastões.....:  
Segmentados.....: 67  
Eosinófilos.....: 2  
Basófilos.....:  
Linfócitos.....: 30  
Monócitos.....: 1  
Mielócitos.....:

3 - 5 %  
50 - 66 %  
2 - 4 %  
0 - 1 %  
20 - 30 %  
4 - 8 %  
0 - 0 %  
0 - 0 %

OBS:

Plaquetas.....: 247.000mm<sup>3</sup>

OBS:

Método: Impedância/Difrações

100.000 mm<sup>3</sup> a 400.000  
mm<sup>3</sup>



FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO  
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO  
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUIMICO  
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF-PI 0985



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 108717  
ATENDIMENTO: 729959  
PACIENTE: JOSINALDO SILVA DE MELO  
DATA DO NASCIMENTO: 04/12/1972  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO  
MEDICO: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO  
POSTO: POSTO II ENF: 212 LEITO:

DATA: 05/08/2018

SEXO: M  
IDADE: 45a 8m 2d

**COAGULOGRAMA**

Material: Sangue

Tempo de Sangria.....: 1,30 min.  
Método: Duke Normal: 1,0 a 4,0 Minutos

Tempo de Coagulação.....: 7,00 min.  
Método: Lee-Write Normal: Até 12 Minutos

Prova do Laço.....: NEGATIVA  
Normal: Negativo

RETRAÇÃO DO COAGULO.....: TOTAL



FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO  
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO  
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUIMICO  
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF-PI 0985



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 108717  
ATENDIMENTO: 729959  
PACIENTE: JOSINALDO SILVA DE MELO  
DATA DO NASCIMENTO: 04/12/1972  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO  
MEDICO: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO  
POSTO: POSTO II ENF: 212 LEITO:

DATA: 05/08/2018

SEXO: M  
IDADE: 45a 8m 2d

**GLICEMIA**

RESULTADO.....: **95,00** MG/DL

VALOR DE REFERÊNCIA: NEGATIVO  
MÉTODO: COLORIMÉTRICO ENZIMÁTICO  
MATERIAL: SORO/PLASMA



FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO  
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO  
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUIMICO  
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF-PI 0985



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

**PEDIDO:** 108717

**ATENDIMENTO:** 729959

**PACIENTE:** JOSINALDO SILVA DE MELO

**DATA DO NASCIMENTO:** 04/12/1972

**CONVÊNIO:** SUS - INTERNACAO

**MEDICO:** JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO

**POSTO:** POSTO II ENF:212 LEITO:

**DATA:** 05/08/2018

**SEXO:** M

**IDADE:** 45a 8m 2d

**UREIA:** ..... **17 mg/dl**

Material: Soro

Método: Enzimático

Valor de Referência:

15 a 40 mg/dl

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO  
CAP.QOPM-FARMAC.BIOQUIMICO  
CRF-PI 245

RAULINO F.FERREIRA  
BIOQUIMICO  
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF-PI 0985



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 108717  
ATENDIMENTO: 729959  
PACIENTE: JOSINALDO SILVA DE MELO  
DATA DO NASCIMENTO: 04/12/1972  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO  
MEDICO: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO  
POSTO: POSTO II ENF: 212 LEITO:

DATA: 05/08/2018

SEXO: M  
IDADE: 45a 8m 2d

**CREATININA..... 0,7 mg/dl**  
Material: Soro      Método: Enzimático      Valores de Referência:  
De 0,4 a 1,4 mg/dl



FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO  
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO  
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUIMICO  
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF-PI 0985

2018-08-08 14:47

ID : 06

Name: JOSINALDO SILVA

Age: 45yrs Sex: M

H: 0cm W: 0kg

Heart Rate : 74 bpm

PR int : 110 ms

QRS dur: 105 ms

QT/QTc: 374/419 ms

P-R-T axes: 76-35-26

\*\*\* Analysis Rsult \*\*\*

Normal Sinus Rhythm

Left Axis Deviation

Inferior MI

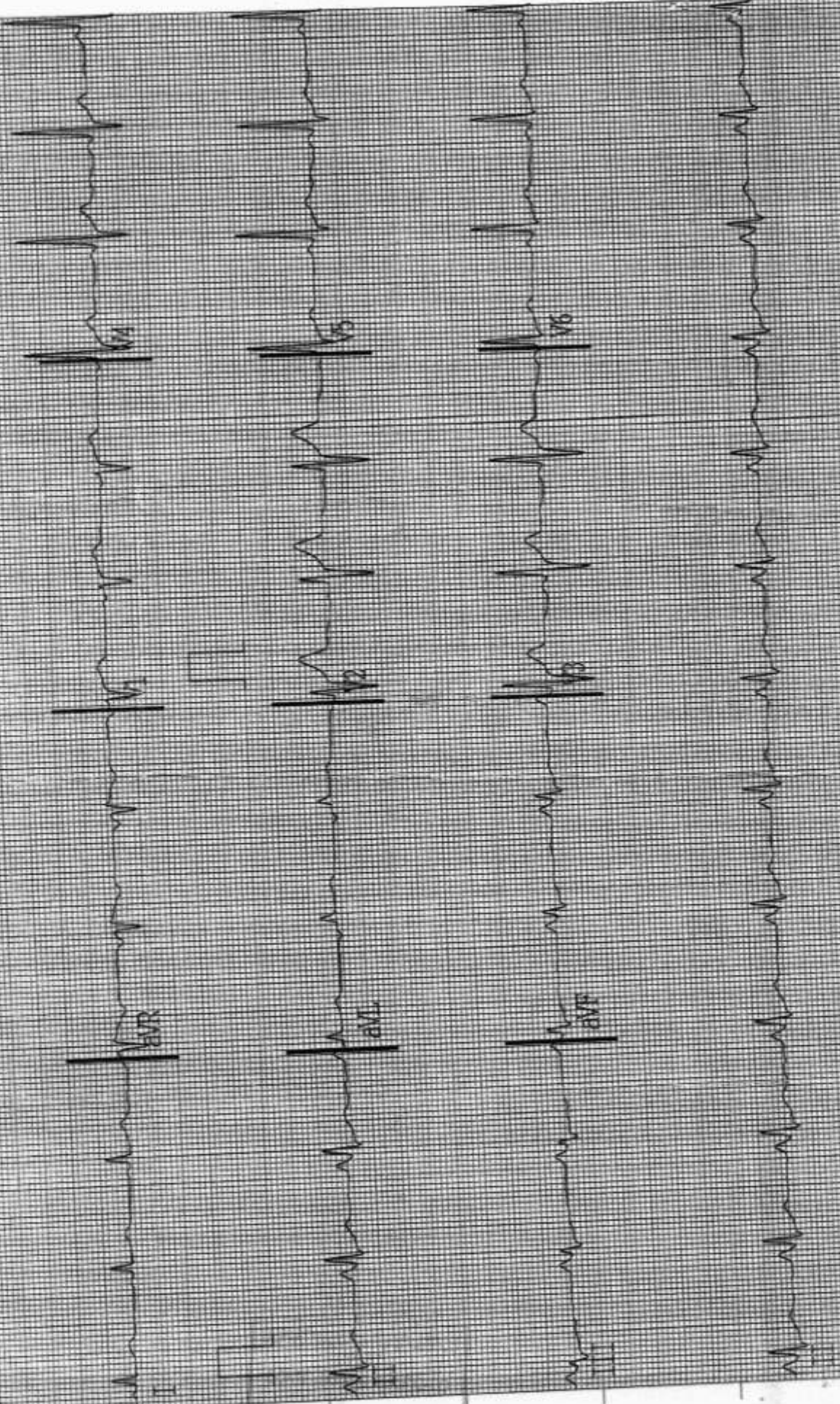
[Markedly Abnormal ECG]

\*\*\* Comment \*\*\*

PACIENTE: JOSINALDO SILVA DE MELO

DATA DE NASCIMENTO: 04/12/1972

MÉDICO SOLICITANTE: DR. LUCAS



17 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Cosme de Barros, 100 - São Paulo

Bionet Co.,

BMS Plus - EKG Viewer

All Channels: 10mm/mV - 25.0mm/sec.

0.1Hz-40Hz, AC 50Hz, EMG.



212/02

D: 112200  
Paciente: JOSE ALDO SILVA DE MELO  
Idade: 045Y  
Sexo: M



DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO  
DIPAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
17 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Doutor de Pádua, 805 L99 C  
Centro - Jundiaí - SP - 04032-470  
Jundiaí - SP

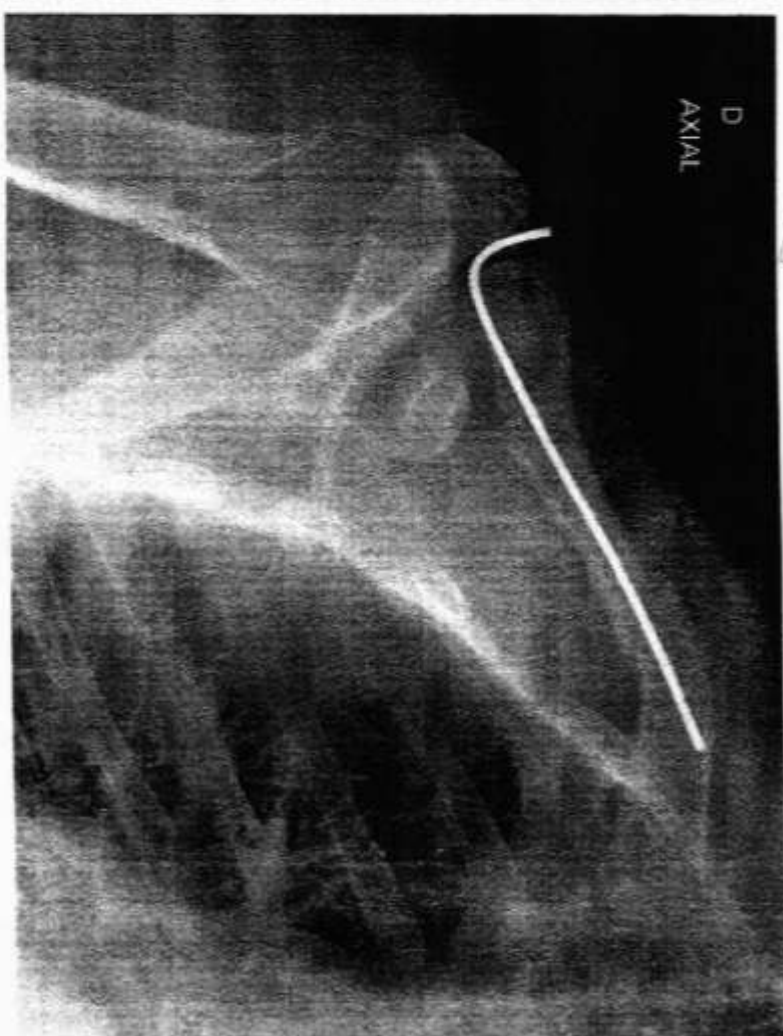
*[Signature]*  
Luís Henrique dos Anjos Reis 73777713  
RGPM 105198193-2 / Matr. 14435-9  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

Mostr: 07/15  
Exame: 06/02/2018

ILC: 113732  
Paciente: JOSINALDO SILVA DE MELO  
Idade: 045Y  
Sexo: M

HPM

DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO  
DIPAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
17 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Costa de Rêgo, 915 Lapa C  
Centro - Porto CEP: 61.022-470  
Teresopolis-RJ



HPM 09-12  
Exame: 10/08/2018

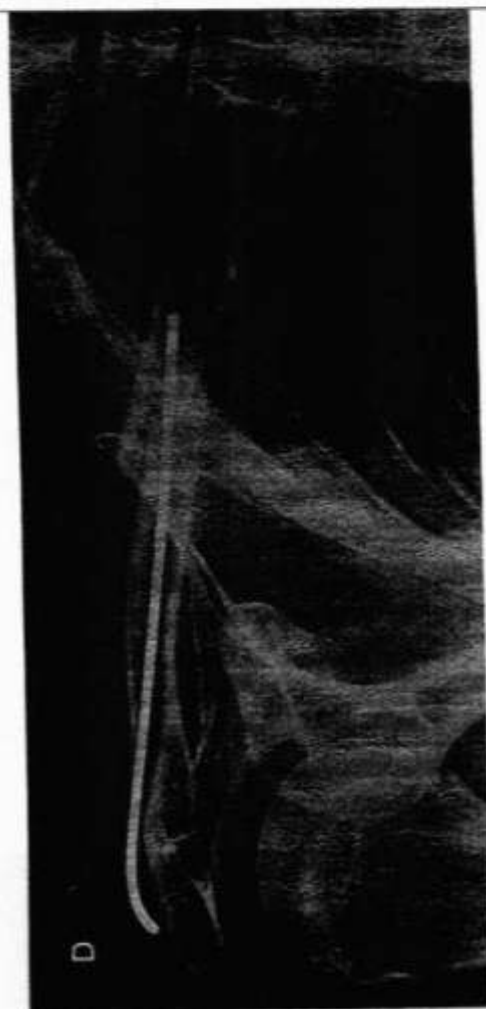
LOS HERNANDEZ RODRIGUEZ ROA  
RHPM/05190193-2 / Mat. 14155-9  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

ID: INT. 00 1000018  
Paciente: JOSINALDO SILVA DE MELO  
Idade: 045Y  
Sexo: M

14PM



*Luiz Henrique*  
Luiz Henrique Vasconcelos Reis  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-9  
Chefe do Setor de Imagem Técnica

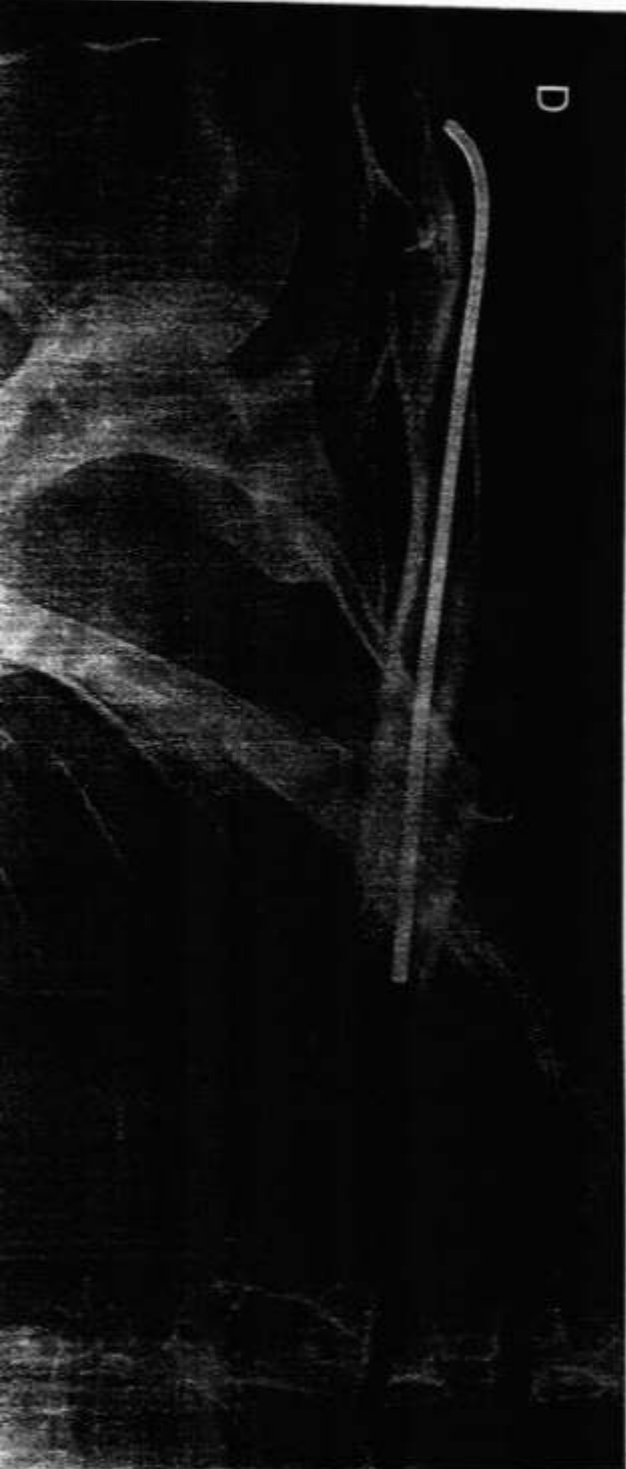


*Luiz Henrique Vasconcelos Reis*  
 RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9  
 Chefe do Setor do Arquivo Técnico

CPF: 116485  
Paciente: JOSINALDO SILVA DE MELO  
Idade: 046Y  
Sexo: M

Honor: 1421  
Exame: 22/08/2018

Luiz Henrique dos Santos  
RCPM 105198193-2 / Matr. 14455-9  
Chefe do Setor de Análise Técnica



CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

GENTE SEGURO S.A.  
Rua Cordeiro de Resende, 405 Loja C  
Centro-Norte CEP: 74.012-470  
Tulio - RJ

ID: 116485  
Poderar JOSINALDO SILVA DE MELO  
Idade: 0457  
Sexo: M

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
17 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Cosmo de Resende, 165 Loja C  
Centro - Jaram CEP: 64.000-000  
Fortaleza

Hora: 14:31  
Exame: 22/01/2019



*Luiz Henrique*  
RGPM 106198193-2 / Mat. 14455-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico



MEM



D: 112900  
 Paciente: JOSINALDO SILVA DE MELO  
 Idade: 045Y  
 Sexo: M



DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO  
 DPMAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 17 JAN 2019  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Doutor de Resende, 805 Lga C  
 Centro-Norte CEP: 64.002-470  
 Teresina-PI

Luiz Henrique Vasconcelos  
 RCPM 105198193-2 / Matr. 14435-9  
 Chefe do Setor de Arquivo Técnico

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0475253

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE  
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 529 L KMF 141

EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI 840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

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

DEPARTAMENTO DE REGISTRO  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
17 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Cordeiro de Azevedo, 405 Loja C  
Centro - Natal - RN - 59010-000  
Fone: (51) 3211-1111

RELATÓRIO MÉDICO

Atendimentos por Josimar Loo  
silva de Melo, foi vítima de acidente  
de trânsito, fato ocorrido em  
04.08.18 às 9:30HS, tendo sofrido forte  
trauma com NGD, causando com fratura  
tubo em torço axial da cervical

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
13 MAR 2019  
GENTE SEGURO S.A.  
Rua Copo de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia


Directiva: onde foi feito o diagnóstico cirúrgico  
de fratura de artrofacetose, esteve internado  
por um período de 18 dias, com  
placotamento com fixação temporária, com  
tracção forte sobre com tração  
com tração mecânica, com secção  
de fixação com tração  
gips. com tração definitiva, com  
comprometimento funcional de  
75%

Edimar  
12.03.2019


Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologia - Dermatologia  
Clínica Geral e Cirúrgica  
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA  
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLEGAR DIREITO



*João de Deus Martins*  
0283601  
1093820

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.680.435 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/09/17

NOME JOSINALDO SILVA DE MELO

FILIAÇÃO DIJANIRA SILVA DE MELO  
SEVERINO JOSÉ DE MELO

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 04/12/1972

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 58231 L 48A F 235V

CNP EXP. CAMPINA GRANDE-PB 04/12/17

601.900.941-6 Francisco das Chagas Pinheiro Martins  
1093820

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
17 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Celso de Figueiredo, 405 Loja C  
Cidade - Curitiba CEP: 81.000-470  
Fone: (41) 3000-470