

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ivonete 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 2405,
complemento Vespa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima - Josinaldo Silva de Melo cujo o condutor era
Josinaldo Silva de Melo.

Veículo: moto

Modelo: Honda Pop 100

Ano: 2012 2012

Placa: OEE 9706

Chassi: 9C1HBD0210C8494957

Data do Acidente: 04/08/18

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

Ivonete Eneas de Oliveira Barros

Assinatura do Declarante

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

Cartório
3º Ofício de Notas
Av. Lourival Nogueira, 120 - Centro - CEP: 6500-000 - Teresina/PI - Fone: (86) 3221-5150 - E-mail: atendimento@cartorio3notas.pj.pi.gov.br

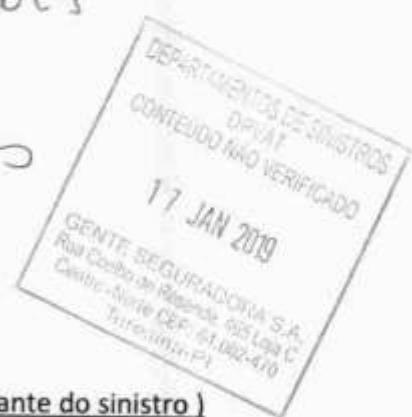
TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Endereço: Anaúlio Gonçalves da Sampaio Ferreira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE IVONETE ENEAS DE OLIVEIRA BARROS, DOU FÉ. EM TEST. E DA VERDADE.
TERESINA-PI, 07/01/2019.
www.tjpi.jus.br/partalextra.

JUDITE DE CASTRO CARDOSO-Escrivente Autorizada
Emol.: 13,71 TJ: 0,74 FMMP/PI: 0,00 Selo: 0,26 Total: 4,71 - OP: 172

DECL DE PROPRIETARIO DO VEICULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
3º OFÍCIO DE NOTAS
Judite de Castro Cardoso
Escrivente Corpo de Letras



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 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 COAF²**.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josinaldo Soárez de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 601.900.941-68, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Josinaldo Soárez de Melo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 601.900.941-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso 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	544	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Bentos</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	PI	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(86) 99534-6565	

Local e Data

Teresina, 16 de Janeiro de 2019
Assinatura do Declarante



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PÓUL
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 11.540.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-9
Regime especial de Imprensa autorizada pela SETA/06/98

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0051869-7

011488364

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
sob a 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	A kW	DATAS DA LEITURA
Atual:	18910	22/09/2018
Anterior:	18611	22/08/2018
Corrente de Multiplicação:	1.000	25/10/2018
Consumo Médio:	299	21/09/2018
Consumo Faturado:	299	Emissão: 24/09/2018
	FCAM	Apresentação:
		33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Fis.
COMERCIAL	MONO	A1418740	3.5.3.1	278

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
AGO/18	232	CONSUMO	299 A R\$ 0,354947 = 267,38
JUL/18	184	CONTR. ILLUMINACAO 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:			
R\$ 299 - 0,354947			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 086 0800 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	Aliquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	15,42	Valor do ICMS:	72,24
Encargos:	15,62	Valor do PIS:	2,62
Impostos:	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





Eletrobras
Distribuição Piauí

Pode contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0096016-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SFAZ 04/PI

Nº da Nota Fiscal 015766944

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	07/01/2019	67	65,94

IVONETE ENEA DE OLIVEIRA
R. DA GLORIA 4405 4405 B-URBANO
CPF: 00072443669300
CEP: 64.000-000 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	9275	Atual:	31/12/2018
Anterior:	9208	Anterior:	30/11/2018
Constante de Multiplicador:	1.000	Próxima Leitura:	29/01/2019
Consumo Medido:	67	Emissor:	28/12/2018
Consumo Faturado:	67	Apresentação:	31/12/2018

NORMAL

Datas de leitura

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Ref.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A956933		1.1.1.1	47

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo
NOV/18 27
OUT/18 15
SET/18 59
AGO/18 36
JUL/18 30
JUN/18 71
MAI/18 50
ABR/18 29
MAR/18 21
FEV/18 11
DARIFA SOU TRIBUTOS:
8 A 57 - 0,621415

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 67 A R\$ 0,891812 = 59,75
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 4,99
CORRECAO MONETARIA IGPM (2X) 0,26
MULTA POR ATRASO (2X) 0,74
JUROS POR ATRASO (2X) 0,20

MENSAGENS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO
REAJUSTE TARIFÁRIO MÉDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFORME RESOLUÇÃO ANEEL 2.490/2018.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 28/12/2018, não constatamos faturas vencidas dessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 8EB7.D855.ADSD.2908.D746.960C.AFC0.BCD6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	11,90	Base de Cálculo:	59,75
Energia:	22,60	Aliquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	3,55	Valor do ICMS:	13,14
Encargos:	3,60	Valor do PIS:	0,88
Tributos:	18,10	Valor do COFINS:	4,08

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,31	10,63	21,25	3,36	6,73	13,45	3,03
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TERESINA-SATELLITE 18/2018 8,75



Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

0096016-0

TOTAL A PAGAR - R\$

65,94

MÊS FATURADO

12/2018

VENCIMENTO

07/01/2019

Nº da Nota Fiscal:

015766944 FCAM

83670000000 0 65940017000 0 0000000096 8 01601218008 5



SEQ.: 00238 UC: 0096016-0 DT.LEIT.: 31/12/2018 T.ENTR.: 03
LEITURA: 9275 NORMAL TOTAL: 65,94 CARGA: 037
DT.VENC.: 07/01/2019 TRREG.: 000 COLETOR: 1001



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	Jesinaldo Silve de Melo	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Pedreiro	Rua Da Glória	4405	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
urbano	Teresina	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).

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 2004 CONTA: 69770 (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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) 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: Vivos: _____ 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: Teresina - Piauí 16/01/19

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jesinaldo Silve de Melo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



Dados do Chamado	01 N° do chamado 484	02 Data do chamado 04/08/10	03 PRO (código) 2913	04 Saída do PA 10/15	05 Chegada ao local 10/24
Local da Ocorrência	06 Saída do local 10/18	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço AV. S. FREDR. P. DE CO	11 Bairro VILA SANTA BARRA/verde	12 Município-UF Teresina/PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência CONVERSÃO	14 Nome JOSINALDO SICUN 20 MAIO	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado		
Tipo de Ocorrência	16 Idade 49 Anos 04/19/79	1- Dia 2- Mês 3- Ano 4- Ignorado	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 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	
Exame Físico	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacetes Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Assistência	23 Glasgow = 15	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	24 Sinais Vitais Pulso 95/ Resp. 22 PA 160X100 TAX. _____ SatO2 98%	25 Local da lesão
Hospital de Destino	26 Pupilas 1- Iguais 2- Desiguais	29 Dor 4/10	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Moderada 7 Intensa 10		
Observações Interdisciplinar	30 Fratura 1-Sim 1- Sim 2- Não	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) Aspiração 1- Prancha longa/curta Oxigênio 1- Colar cervical Curativos 1- Kred	34 Óbito 1-Sim 2- Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) 1- Marília Veloso Cantanhede b) 1- Gerente Administrativa SAMU	CONFERE COM O ORIGINAL Lívia R. Santos
	32 Hospital de Destino HUV				
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Malterado				
	34 Óbito 1-Sim 2- Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte				
	<p>ROPE MOTOCICLISTA NO COURO 20/08/10 07:15hs RESIDENTE DE MOTOCICLISTA (CACHORRO), PROV. SEM VIDA CAPITATE, APRESENTOU FRACTURA FECHADA A CERVICULA 02 2 TEE 4100 1º IMPACTO NO COTO DO TCF, AUNAS ENTRAR NO VIVO LOGICO E ORNAMENTAL PA - 160X100 mm² PCTA HIPEREMIA 05.11.10 CICATRIZ NO COURO, PCTA ENFERMOS SANGUE NA CERVICULA</p>				
Responsável pela recepção	Socorristas Médico José Odair Gomes da Silva AE/TE T-069		Enfermeiro Condutor M. M. M. M.		
Versão: 27.11.2011					



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003834/2018-72

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Pelo Registro: **Francelina De Medeiros Elisiario**

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

04/08/2018 - 09:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

TERESINA

VILA SANTA BARBARA

Endereço

AVENIDA SANTA BARBARA, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

PROXIMO AO MERCADO LIMA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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

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 Elisiario - Mat. 1963295
 AGENTE DE POLÍCIA

JOSINALDO SILVA DE MELO - Noticiante
 Responsável pela Informação

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DP/AT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S/A Rua Coelho de Resende, 105 Lote C Centro-Norte CEP: 64002-470 Teresina-PI

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,

A handwritten signature in cursive script that appears to read "Josinaldo Silva de Melo".

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 Vítimas 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 Glória, 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 causalidade: 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)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Frederico Fonseca de Oliveira
Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
CRM/PI - 5058
SeudaSEG

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: Josenaldo Silveira de Melo

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

Nome completo: Josenaldo Silveira de Melo CPF: 601.900.941-68
 Profissão: Padeiro Endereço: Rua Da Glória Número: 4405 Complemento:
 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).

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0004 CONTA: 69 770 (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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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: Teresina - Piauí 16/01/19

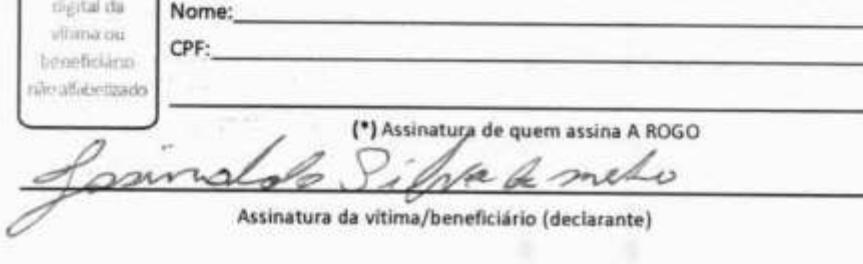
Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura 

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



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 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



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, 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

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, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 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: 00000069770-1

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 Gloria 3005

CEP: 64.000.000

Telefone: (86) 99534-6565 99401-2688

OUTORGADO:

Nome: Pelle Roze Soares Marques

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade: 4.119 262

CPF: 80017317391

Profissão: Recurso - me

Endereço: Rua 24 de Janeiro 500 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-PI 07/01/2019

Local e data

Josinaldo Silva de melo

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

Cartório Themistocles Sampaio
Av. Luciano Raposo, 1223 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0110 - E-mail: themistocles@cartoriothemistocles.com.br

Estado: *Confederação Geográfica de Sampaio/Piçarra*

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSINALDO SILVA DE
MELO. DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 07/01/2019. Seleção: AAA41712-PQGE
www.tjpi.jus.br/portalextra

JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrivente Autorizada
Emol.: 3,71 IJU: 0,74 FMMP/PI: 0,00 Seleção: 0,26 Total: 4,71 - OP: 456

JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrivente Autorizada
Emol.: 3,71 IJU: 0,74 FMMP/PI: 0,00 Seleção: 0,26 Total: 4,71 - OP: 456

JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrivente Autorizada
Emol.: 3,71 IJU: 0,74 FMMP/PI: 0,00 Seleção: 0,26 Total: 4,71 - OP: 456

JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrivente Autorizada
Emol.: 3,71 IJU: 0,74 FMMP/PI: 0,00 Seleção: 0,26 Total: 4,71 - OP: 456

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

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

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/08/2018

Titular do CPF: JOSINALDO SILVA DE MELO

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

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



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

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

**IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI**

Av. Antônio Cunha, 1547 – Ilheus – Bahia-PI
CEP 64614-220 – CRM-107.444.156/0002-24

Telefone: (86) 3227-6265
Fax (86) 3216-1520

**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. Joelso 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
IDADE.....: 45 anos
MÉDICO ...: MILTON C. B. B. FILHO
SEXO.....:

CNS: 702902553926874
REQ:
DATA EXAME: 08/10/2018
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 Neiva de Moura Santos Cordeiro
CRM4146



Associação Reabilitar

Avenida Higino Cunha 1515 - Bairro Ilhotas
CEP: 64014-220 - Teresina - Piauí
Telefone / Fax: 3198-1500
CNPJ: 07.995.466/0001-13

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:
ENDERECO: 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

Milton Castelo Branco Batista Filho
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)

- Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S420 25 - Cid Sec.: 26 - Cid C.Ass.: _____

FRACTURA DA CLAVICULA

Procedimento Solicitado

Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

408010150 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRACTURA DA CLAVÍCULA

Tempo SUS
2

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

Nome Profissional / Assistente 34 - Data de Solicitação:
ANDRÉ PONCE LEAL 05/08/2018

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito.	09 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete.	41 - Série
<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho Típico.	42 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE. Empresa	44 - CBOR.
<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho Trajeto.			

/ 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

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 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)

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.: Ident.: 31 - Documento: 32 Doc. Med. Solic.
DOSTO II 02 1 CPF 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 Trajeto.

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

Autorização

- Nome do Profissional Autorizado

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

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: 86-9.94436220 / 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

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Justificativa da Internação

1 - Condições que justificam a Internação:

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

3 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: A490

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

INFECCAO ESTAFILOCOCICA DE LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA

Procedimento Solicitado

4 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0308040015 TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS

Tempo SUS

5

5 - Clínica: HOSPITAL	30 - Carater:: 02	Ident.: 1	31 - Documento: CPF	32 Doc. Med. Solic. 63823077368
-----------------------	-------------------	-----------	---------------------	---------------------------------

- Nome Profissional / Assistente
OCELDO 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 - Serie

- () Acidente de Trabalho Tipico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

- () Acidente de Trabalho Trajeto.

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

Autorização

- Nome do Profissional Autorizado

47 - Data Autorização.

- 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.

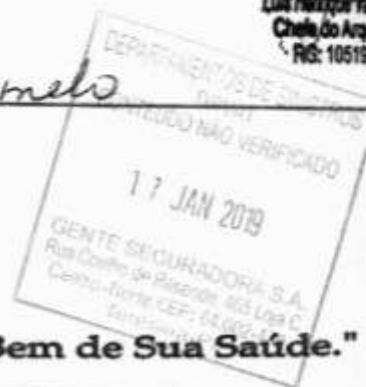
Setor do Arquivo Técnico do HPMPI

Luis Henrique Faccinelli Ribeiro TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPI
RG: 105196193-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Josinaldo sile de melo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 395614/17

Obs: Não fornecemos 2ª via.



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

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 - INFECÇÃO ESTAFILOCOCICA DE LOCALIZAÇÃO NAO ESPECIFICADA	
Data da Solicitação: 22/08/2018	Data da
Autorização:	
AIH.: _____	
Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	
_____ Autorizador	




Luis Henrique Vasconcelos Reis
RGPA 105198193-2 / Mat. 14453-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

2323451

CNES

2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

JOSINALDO SILVA DE MELO

NASCIMENTO PRONTUARIO

SEXO

04/12/1972

395514

M

DOCUMENTO TELEFONE NOME DA MÃE

RG

1159074

DIJANIRA SILVA DE MELO

RESPONSÁVEL

CEP

ENDEREÇO (LOGRADOURO)

PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA MELO

NUMERO / LOTE

DA GLORIA

4405

UF

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICIPIO

PI

CENTRO

TERESINA

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Descrição do procedimento principal

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MULTIPLAS REGIÕES DO CORPO

COD. PROCEDIMENTO
PRINCIPAL

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 REGIÕES 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

LEANDRO PONCE LEAL

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO
CONSELHO)

Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2608

CNS SOLICITANTE

207271191110018

DATA SOLICITAÇÃO

11/09/2018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

LUIZ EDSON DOS SANTOS COSTA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO
CONSELHO)

CNS

AUTORIZADOR

980016000055043

ÓRGÃO
EMISSOR

DATA

AUTORIZAÇÃO

11/09/2018 11:19:06

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

Luis Henrique dos Santos Costa
RG/RM 105198193-2 / Mat. 14436-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

54. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AI) -

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR	2. CNES 2323451
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR	3. CNES 2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ACORDO DO PACIENTE
OSINALDO SILVA DE MELO

Nº PRONTUÁRIO	J. CARTÃO NACIONAL SUS 702902553926874	E. DATA NASC 04/12/1972	G. SEXO Masculino	CPF: 60190094168	RG: 4680435	SSP-PJ
10.1 NOME DA PAC		10.2 NOME DO RESPONSÁVEL PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA MELO				
11. ENDERECO		12.2 Bairro SATELITE			12.3 COMPLEMENTO	
13. NOME DA GLÓRIA		Bairro Local			Complemento Local	
14. TELEFONE DE CONTATO 94438220		15. MUNICÍPIO TERESINA		16. CEP 64059210	17. CEP	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO						

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTENSAÇÃO

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

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS FISIOTERÁPIAS

卷之三

TORSE MÚLTIPLA DO MBD

PROCEDIMENTO SOLICITADO

1.º DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		2.º DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
3.º MUNICÍPIO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MULTIPLAS REGIÕES DO CORPO		4.º COD. DO PROCEDIMENTO	
5.º CLÍNICA	27. CARÁTER DA INTRAVIACAO	28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	0308010043
02	LEANDRO PONCE LEAL	30. CRM	LEandro Ponce Leal
CRM	29. DT SOLICITAÇÃO	31. ASSINATURA F CARBONO (NF REG DO CONSELHO)	16778600044
	22/08/2018		Leandro Ponce Leal Traumatologia 2608
5.º PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

ACIDENTE DE TRÂNSITO		33. CNPJ DA SEGURADORA	34. Nº DO BILHETE	35. SÉRIE
ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		36. CNPJ EMPRESA	37. CNAE EMPRESA	40. CBOR
ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO				
D10 PRINCIPAL	C10 SECUNDÁRIO	DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
		<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> GRAVISSIMA		

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

Luis Henrique dos Concelhos Reis - 1º Tér. / 1
RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL	
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
IDEM OUTROS HOSPITAIS	
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
CLÍNICA	
Médico Assistente	
Permanência	
CLÍNICA	

FICHA DE PRONTUÁRIO

22/08/2018

Prat. 395514

Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO	
Nasc.: 04/12/1972	Sexo: M
Atendimento: 744918	Convênio: SUS - INTERNACAO
Pai: SEVERINO JOSE DE MELO	Enfermaria: POSTO II
Mãe: DIJANIRA SILVA MELO	ENF 218
RG: 4680435	Leito: 218
Residência:	
RUA DA GLORIA Nr.: 4405 Cep: 64059210	
Bairro: SATELITE Cidade: TERESINA Telefone: 86 - 994438220	

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

Paciente vitimado de acidente com pol. trauma, apresenta piabosse múltiplos do membro superior direito.

Provisão:	DIAGNÓSTICO	Luis Henrique dos Condeiros Reis 27/08/2018
Principal:	RG: 105198193-2 / Mat. 14433-9 Chefe do Setor de Atend. ao Trauma	CID 1000
Procedimento:		CID T022

Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica	Histo - Patológico:
Zinco Jon e imoténa funival		

TRATAMENTO			
Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico	Medicament		<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico

DURAÇÃO		Data da Hospitalização
Data da Alta:		11/11/2018

ALTA		Óbito
Saída	Transferência	
<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE / /

Assinatura:

P. Leandro Ponce Led
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2608



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

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.



Luis Henrique dos Concelhos
RGPM 005198193-2 / Mat. 14435-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Nayra Virginie 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"

PEDIDO: 110956
ATENDIMENTO: 744918
PACIENTE: 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:

Leucócitos.....: 4,90 milhões/mm³
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.....: 6.900 mil/mm³

Valores Referências

4.000 - 10.000

Bastões.....: 3 - 5 %
Segmentados.....: 66 - 66 %
Eosinófilos.....: 2 - 4 %
Basófilos.....: 0 - 1 %
Linfócitos.....: 20 - 30 %
Monócitos.....: 4 - 8 %
Metamielócitos.....: 0 - 0 %
Mielócitos.....: 0 - 0 %



OBS:

100.000 mm³ a 400.000
mm³

Plaquetas.....: 400.000 mm³

OBS:

Método: Impedância/Difrações

Luis Henrique Vaz Coimbra Reis
Luis Henrique Vaz Coimbra Reis
RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9
Chefe do Setor do Atendimento 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



Confere com o(a) original que
foi apresentado(a) e dou fe.

Em, 29/01/19

Setor do Arquivo Técnico do HPMPI

Luis Henrique Visconde dos Reis
1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Mat. 14405-9

NOME DO PACIENTE: Joséaldo siqueira de melo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 39551418

Obs: Não fornecemos 2ª via.

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

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 ESTAFILOCOCICA 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	
<hr/> Autorizador <hr/>	
Operador:	
Atendimento (Data, Hora): 27/08/2018 12:07:19	

.../...
José Henrique Vaz de Melo
EGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPMCNES
2323451ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPMCNES
2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO SEXO PRONTUÁRIO		
	JOSINALDO SILVA DE MELO		04/12/1972	M	395514
DOCUMENTO	TELEFONE NOME DA MÃE		RESPONSÁVEL		
CPF	DIJANIRA SILVA DE MELO		PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA MELO		
1159074					
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 COM COMPLICACAO CIRURGICA

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS DE CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
A490 - INFECÇÃO ESTAFILOCOCICA DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0308040015 - TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))		
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)	Dr. LEANDRO PONCE LEAL Diretor Técnico do HPMP! CRM-PI 2608		
CARATER	DATA SOLICITAÇÃO		
URGÊNCIA	16/08/2018	LEANDRO PONCE LEAL CRM:	CRM:
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA	
16/08/2018 09:30	17/08/2018 09:25	MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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		
LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 09623442300	DATA ANÁLISE: 27/08/2018 09:25:19	CRM:	DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Luis Henrique Viscómero Reis
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

27/08/2018 12:11



Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

123254

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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 cavaque na mão direita
dor intenso, evolução com parada
de 24 horas

21 - Condições que justificam a Internação:

De imersa

Luis Henrique Vassouras Reis
RG/M 105198193-2 / Mat./4435-9
Chefe do Setor de Internação

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

Pr e Exame Físico

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S423

25 - Cid Sec.: S420

26 - Cid C. Ass.: 0308040015

FRATURA DA DIAFISE DO ÚMERO

Fract de clavicula

Foto 2 AGU

0308040015

Procedimento Solicitado

0308040015

Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408020199 REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO

Tempo SUS

2

29 - Clínica:

30 - Caráter:

Ident:

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.

POSTO 1

02

1

CPF

83823077368

33 - Nome Profissional / Assistente
ROCELO 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.º Bilhete.

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

03/08/18

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimb. (Cópia do Carimbo)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: ANA ARAUJO

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão: 6:31:31

Fausto Henrique de Oliveira Melo



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM NÃO

IDEML 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

Pai: SEVERINO JOSE DE MELO

Mãe: DIJANIRA SILVA MELO

RG: 4680435

Residência:

DA GLORIA

Nr.: 4405

Cep: 64059210

Bairro: SATELITE

Cidade: TERESINA

Telefone: 86 - 994438220

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

Por de avueiro de
ocorreu na Sociedade
medicar para cura da varzea

DIAGNÓSTICO

Provisório:

Inf. de charadas

CID S428

Principal:

CID

Procedimento:

Sintomas e Sinais Principais

Inf. e infecções

Causa Médica

Histo - Patológico:

17 JAN 2018

ESTADO DE SISTEMA
GENTE SEGURO
RECORRE AOS
CIA, NESTA
TERRA, PIAUÍ

TRATAMENTO

Tipo:

Terapêutica Médica

Operação

Eficácia

- Nenhuma
- Médico
- Cirurgia
- Médico Cirúrgico

- Nenhuma
- Médico
- Cirurgia
- Médico Cirúrgico

Data/Hora de Internação

16/08/2018 06:28:24

Data da Alta:

17/08/2018

Data da Hospitalização

ALTA

Saída

Transferência

Óbito

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

- 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: _____

LICENCIADO ENFERMEIRO
ECPM 105198193-2 / Mat. 14435-9
Chefe do Setor de Atend. Téc-13

"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
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



DEPARTAMENTOS DE SISTEMAS
DAPAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019

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

Em, 29/10/18.

Setor do Arquivo Técnico do HPM PI

Luis Henrique Vassouras Pires 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Mat. 14405-9

NOME DO PACIENTE: Jorinaldo siqueira de melo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 315514/18

Obs: Não fornecemos 2ª via.

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

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE**

Número do Laudo: **118265**

M221100001

Paciente: JOSINALDO SILVA DE MELO

Nascimento: 04/12/1972

Orgão Emissor:

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

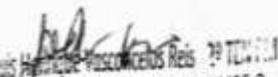
Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR
DIRCEU ARCOVERDE - HPM

Autorizador

Operador:

Atendimento (Data, Hora): 10/08/2018 12:25:45




 Luis Henrique Pescosseiros Reis - 29 TEC
 RCPM 105198193-2 / Mat. 14455-9
 Chefe do Setor do Arquivo Técnico

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON RUCHA - HUT

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES
5828856

CNES
2323451

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NASCIMENTO 04/12/1972 SEXO M PRONTUÁRIO 395514

DOCUMENTO CPF 1159074 TELEFONE DUANIRA SILVA DE MELO

RESPONSÁVEL

PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA MELO

CEP 64000-000 ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE 4405

BAIRRO CENTRO COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA DE CLAVÍCULA

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRANSFÉRENCIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

CID 10 SECUNDARIO

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))

Leandro Ponce Leal
Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Diretor Técnico do HPMPI
CRM-PI 2608

LEANDRO PONCE LEAL

CRM: 16778699841

CRM:

CARATER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

05/08/2018

DATA ADMISSÃO
05/08/2018 14:45DATA ALTA
10/08/2018 12:00MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° 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))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO /
AUDITORIACELSO PIRES FERRUJA FILHO
CPF: 36356133791

CRM

DATA ANÁLISE: 05/08/2018 14:45:22

CRM

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Luis Henrique Visconde de Reis
Luis Henrique Visconde de Reis 29/10/1983
RGPA 105198193-2 / Mat. 14435-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico



Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

729959

Identificação do Paciente

5 - Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO

7 - CNS: 702902553926874

8 - Nascimento: 04/12/1972

6 - Prontuário: 395514

11 - Mãe:

DIJANIRA SILVA MELO

9 - Sexo: M CPF: 601.900.941-68

13 - Resp:

PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA MELO

12 - Fone: 86-9.94438220 / 981889497

15 - Ender:

DA GLORIA

14 - Cor: sem ident

16 - Munic:

TERESINA

4405

SATELITE

19 - CEP: 64059-210

17 - Cod. IBGE: 221100

18 - UF: PI

RG: 46804-35

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Justificativa da Internação

Apur ouv moto
+ Frac d'el d'el

21 - Condições que justificam a Internação:

Ex. C. + l

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

Luis Henrique dos Santos Pires
RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9
Chefe do Setor de Atividade Técnica

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S420

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

FRACTURA DA CLAVICULA

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408010185 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR

Tempo SUS

0408010180

29 - Clínica:

30 - Carater.: Ident.: 31 - Documento: 32 Doc. Med. Solic.

POSTO II

02

1

CPF

16778699841

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

33 - Nome Profissional / Assistente

LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:

05/08/2018

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - N.º Bilhete.

41 - Serie

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetó.

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

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - N.º Bilhete.

41 - Serie

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetó.

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

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

46 - Nome do Profissional Autorizado

47 - Data Autorização.

48 - Documento

49 - Num. Documento

40 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

41 - Serie

42 - N.º Bilhete.

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: JACQUELINE ALMEIDA

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão: 14:43:56

Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL	
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
IDEML OUTROS HOSPITAIS	
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
CLÍNICA	
Médico Assistente	
Permanência	
CLÍNICA	

FICHA DE PRONTUÁRIO		05/08/2018
Nome: JOSINALDO SILVA DE MELO		Pront.: 395514
Nasc.: 04/12/1972	Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO
Atendimento: 729959	Enfermaria: POSTO II	ENF 212 LEITO
Pai: SEVERINO JOSE DE MELO		Leito: 212
Mãe: DIJANIRA SILVA MELO		
RG: 4680435		
Residência:		
DA GLORIA Nr.: 4405 Cep: 64059210		Bairro: SATELITE Cidade: TERESINA Telefone: 86 - 994438220

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

*Apresento motivo
Dr. 7 de Junho de 2019*

DIAGNÓSTICO	
Provisório: <i>Intubado</i>	CID S420
Principal: <i>Intubado</i>	CID
Procedimento: <i>Intubado</i>	

Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica <i>Intubado</i>	Histo - Patológico: <i>Intubado</i>
	RGPM 105199193-2	Mat. 14455-9
	Chefe do Setor do Serviço Técnico	

TRATAMENTO			
Terapêutica Médica	Operação	Eficácia	
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico		<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico	

DURAÇÃO		
Data/Hora de Internação 05/08/2018 14:41:35	Data da Alta: <i>15/08/2018</i>	Data da Hospitalização / /

ALTA		
Saída	Transferência	Óbito
<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório	<input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação		

THE _____

Assinatura: _____



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



BOLETIM DE CIRURGIA

Descrição da Cirurgia:

DATA: 02/08/18
Nº DO PRONTUÁRIO 395514 SALA 08
CÓD DA CIRURGIA: 0408010150

Amputação de
cervo direito
Rodrigo Pixote Guedes
A futilizar



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

Cirurgia: Tto amputação de
Cirurgião: Dr. Milton 10/08/2019
1º Auxiliar:
2º Auxiliar:
3º Auxiliar:
Instrumentador: Pele
Circulante: Maria I. Pele

BOLETIM DE ANESTESIA

DATA 09/08/18
Nº DO PRONTUÁRIO 215514 SALA 02
COD DA CIRURGIA 2400610150

DN 24/02/72

NOME: Coronel de Silva de Melo Idade 45 Sexo M ASA I
PROCEDIMENTO: Extracção de clementina Anest. Vacaline Anestesia: Locamal
CIRURGÃO: DR. M. T. M. AUX: DR. M. T. M. Anest. Enf e Leto: DR. M. T. M.
INSTR.: DR. M. T. M. CIRC: 1400610150 INÍCIO: 13:50 FIM: 15:00 SALA: 02
P.A. _____ P.C. _____ PESO: _____ Ht: _____ Glicemia: _____ Creatina: _____ Respir: _____

SISTEMA SINTETICO	OXIGENIO		SEQUÊNCIA	
	1	2		
INFUSÃO PULMONAR				
				
MONITORIZAÇÃO	SpO ₂ (%)	100	100% O ₂ c/ RBD - 70m	
	ECG	100		
TEMPERATURA	EtCO ₂ (mmHg)	35	1500 ml - 70m	
	100			
DIURESE (ml)	0	13:50 05:00	DURAÇÃO	
	0			
Técnica Anestésica:	<u>Bloq: de plex. lombar + epid.</u>		ECG <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro <input type="checkbox"/> PAP <input type="checkbox"/> Capnógrafo <input type="checkbox"/> PAZI <input checked="" type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/>	
Comentários Adicionais:	<u>N-5 nova intubação</u>			
Medicamentos Unicâmbio	Adrenalina <u>0.1</u> Amp	Dolatina <u>0.1</u> Amp	Midazolam <u>0.1</u> Fr	Propofol <u>ml</u> Amp
Água dest. 10ml <u>0.1</u> Amp	Droperidol <u>0.1</u> Amp	Metronidazol <u>Fr</u>	Ranitidina <u>0.1</u> Amp	
Atropina <u>0.1</u> Amp	Efetil <u>0.1</u> Amp	Neocaina Pza 0.5% <u>0.1</u> Amp	Quetamina <u>0.1</u> ml	
Beztra <u>0.1</u> Amp	Efradol <u>0.1</u> Amp	Narcan <u>0.1</u> Amp	Remifentanil <u>0.1</u> Fr	
Bromoprida <u>0.1</u> Amp	Enflurano <u>ml</u>	Novacapri 0.5% <u>0.1</u> Fr	Ringer-lactado <u>0.1</u> Fr	
Cetotetetina 1g <u>0.1</u> Fr	Fentanil <u>ml</u>	Nubain <u>0.1</u> Amp	S. Fisiolóq. 0.9% <u>ml</u> <u>0.1</u> Fr	
Cetotoloxina <u>0.1</u> Fr	Fentanil (S.C.) <u>0.1</u> Amp	Neocaina <u>0.1</u> V Fr	S. Glicosado 5% <u>ml</u> <u>0.1</u> Fr	
Ciprofloxacina <u>0.1</u> Fr	Halotano <u>ml</u>	Neocaina 0.5% isobar <u>0.1</u> Amp	Scalp <u>nº</u> <u>0.1</u> Und	
Clopidin <u>0.1</u> Amp	Hidrocorisina <u>ml</u>	Neostigmina <u>0.1</u> Amp	Tracur <u>0.1</u> Amp	
Colistide <u>1</u> Fr	Isoflurano <u>ml</u>	Omeprazol <u>0.1</u> Fr	Titatri <u>0.1</u> Fr	
Diametilazolina <u>0.1</u> Amp	Jalco n° <u>2.0</u> <u>0.1</u> Und	Ondasetrona <u>0.1</u> Amp	Tiopental <u>0.1</u> Fr	
Diclospam <u>0.1</u> Amp	Lidocaina <u>0.1</u> V Fr	Poliso Cef <u>0.1</u> Fr	7/12/18	
Dimorf <u>mg</u> <u>0.1</u> Amp	Metaclopramida <u>0.1</u> Amp	Pancurônio <u>0.1</u> Amp	Anestesista-CRM	
Dipirona <u>0.1</u> Amp	Manitol <u>0.1</u> Fr	Profenid <u>0.1</u> Fr		

9/3 de 1-
COOP-EST 01
CNPJ. 01.408.415/0001-0
ANESTESISTAS

Vigilância e R. Pires Neto
C. M. S. 2018
73-250



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

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

BY CLAVICULAR RIBETTA

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.



Surf (comes)

IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI

Luis Henrique Vosconcelos Reis 19 TCE-01
RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-9
Chefe do Seuor do Fazendo 142223

Av. Rómulo Gómez 1047 - Monterrey - Nuevo León
C.P. 64000 - Tel. 01 81 32 44 155/0007-35

Telefone: (85) 3227-6265
Fax (85) 3216-1520

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

ID = 36213

*NOME DO HOSPITAL: HUT *ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA**I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE***NOME: JOSINALDO SILVA DE MELO IDADE: 72 *DN: 04/12/72*NOME DA MÃE: DIJANIRA SILVA DE MELOENDEREÇO: RUA DA GLORIA N 4405, BAIRRO :SATELITE*CARTÃO DO SUS: 702902553926874

RESPONSÁVEL: _____

*ID (N° 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

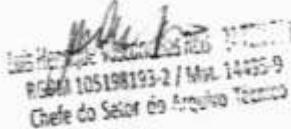
*Glicemia: _____

ISOLAMENTO: SIM (X) NÃO () /BACTÉRIA: _____

EXAMES/RESULTADO:

RX

*DIAGNÓSTICO:

*CID 10: S420

 RG: 105198193-2 / MIR: 14435-9
 Chefe do Setor de Atend. Técnico

*TRATAMENTO REALIZADO:

ANALGESIA

*MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

RETAGUARDA

*DATA: _____

* Ass. e carimbo do médico

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

EDIDO: 108717

DATA: 05/08/2018

TENDIMENTO: 729959

SEXO: M

ACIENTE: JOSINALDO SILVA DE MELO

IDADE: 45a 8m 2d

ATA DO NASCIMENTO: 04/12/1972

ONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

MEDICO: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO

POSTO: POSTO II ENF: 212 LEITO: 02

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LAB

ERITROGRAMA:

leucias.....: 4,29 milhôes/mm³
emoglobina.....: 13,80g/dl
ematórito.....: 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/mm³

Valores Referências

4.000 - 10.000

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

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

OBS:

Plaquetas.....: 247.000mm³

100.000 mm³ a 400.000
mm³

OBS:

Método: Impedância/Difrações

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"

DATA: 05/08/2018

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:

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
MÉDICO: 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

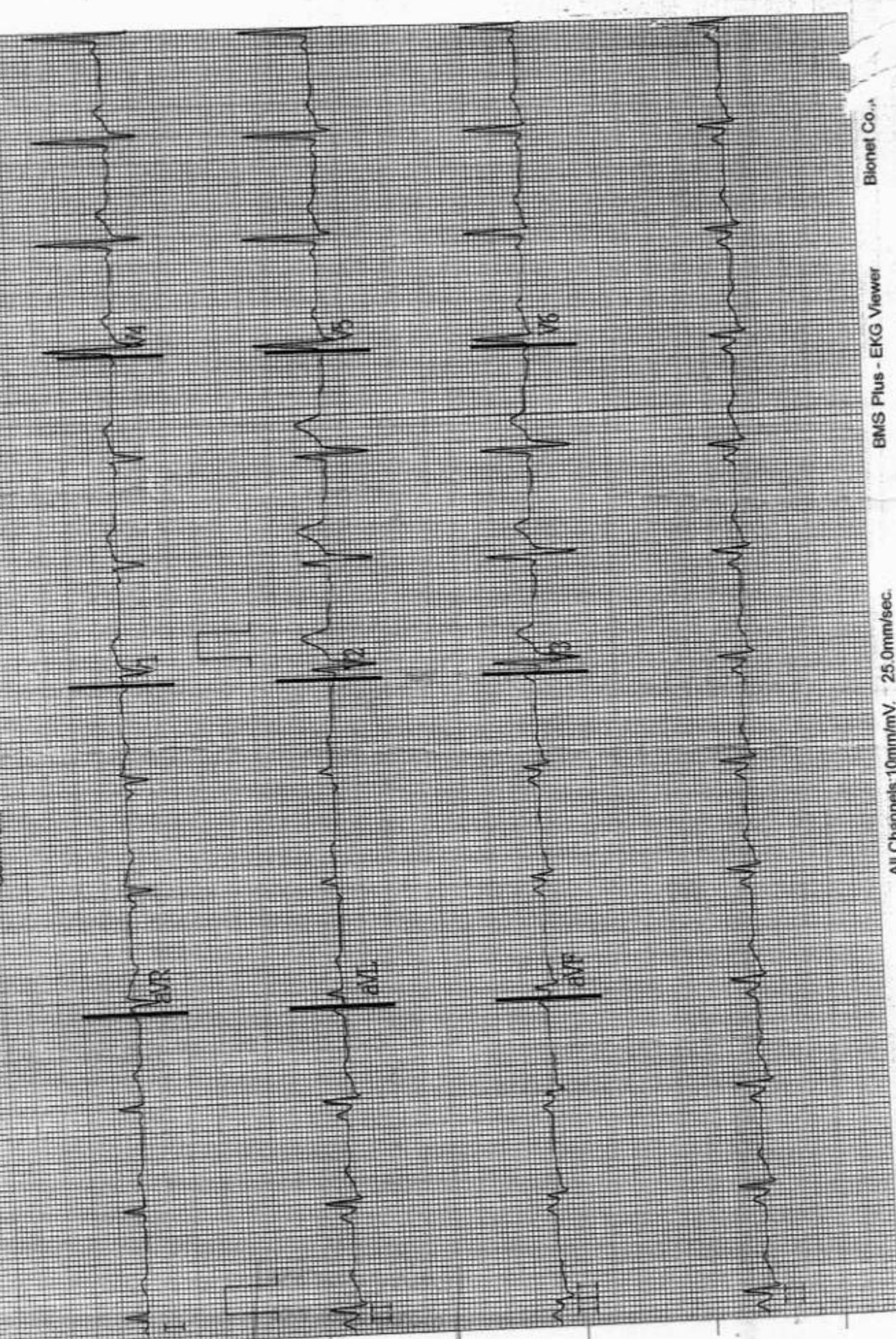
RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

2018-08-08 14:47
ID : 06
Name : JOSENALDO SILVA
Age : 46yrs Sex: M
Ht: 160cm W: 80kg

*** Analysis: RSV.
Normal Sinus Rhythm
Left Axis Deviation
Infector M
Markedly Abnormal ECG
as Comment

PACIENTE: JOSENALDO SILVA DE MELO
DATA DE NASCIMENTO: 04/12/1972
MEDICO SOLICITANTE: DR. LUCAS



17 JAN 2019

GENTE SEGUROADORA S.A.
Rua Coelho de Barros, 1000 - Centro
CEP 20020-002 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil

All Channels: 10mm/mV. 25.0mm/sec.
0.1Hz-40Hz, AC 50Hz, EMG.

BMS Plus - EKG Viewer

Bionet Co.,A

Dr. 112200
Assunto: JOSEVALDO SILVA DE MELO
Número: 0057
Sessão: M

RGPM

212102



Hom: 07246
Exame: 06/08/2018

ID: 113722
Paciente: JOSINALDO SILVA DE MELO
Idade: 046Y
Sexo: M

HIPM



ID: INT. 06 1600216
Paciente: JOAQUIM ALDO SILVA DE MELO
Idade: 045Y
Sexo: M

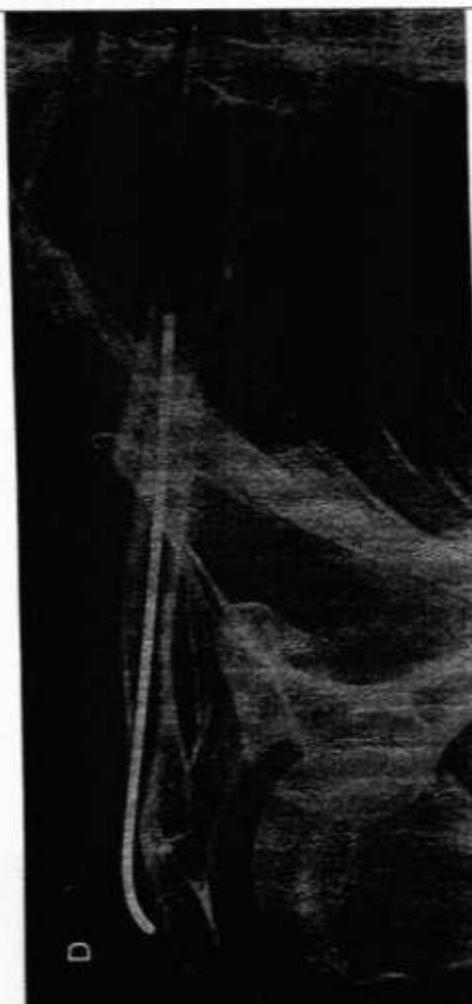
RGPM



Luis Henrique Vaz de Melo
Luis Henrique Vaz de Melo
RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

MELO

D: INT. 03 2208318
Poderoso: JOSIVALDO SILVA DE MELO
Endereço: 045Y
Bairro: M

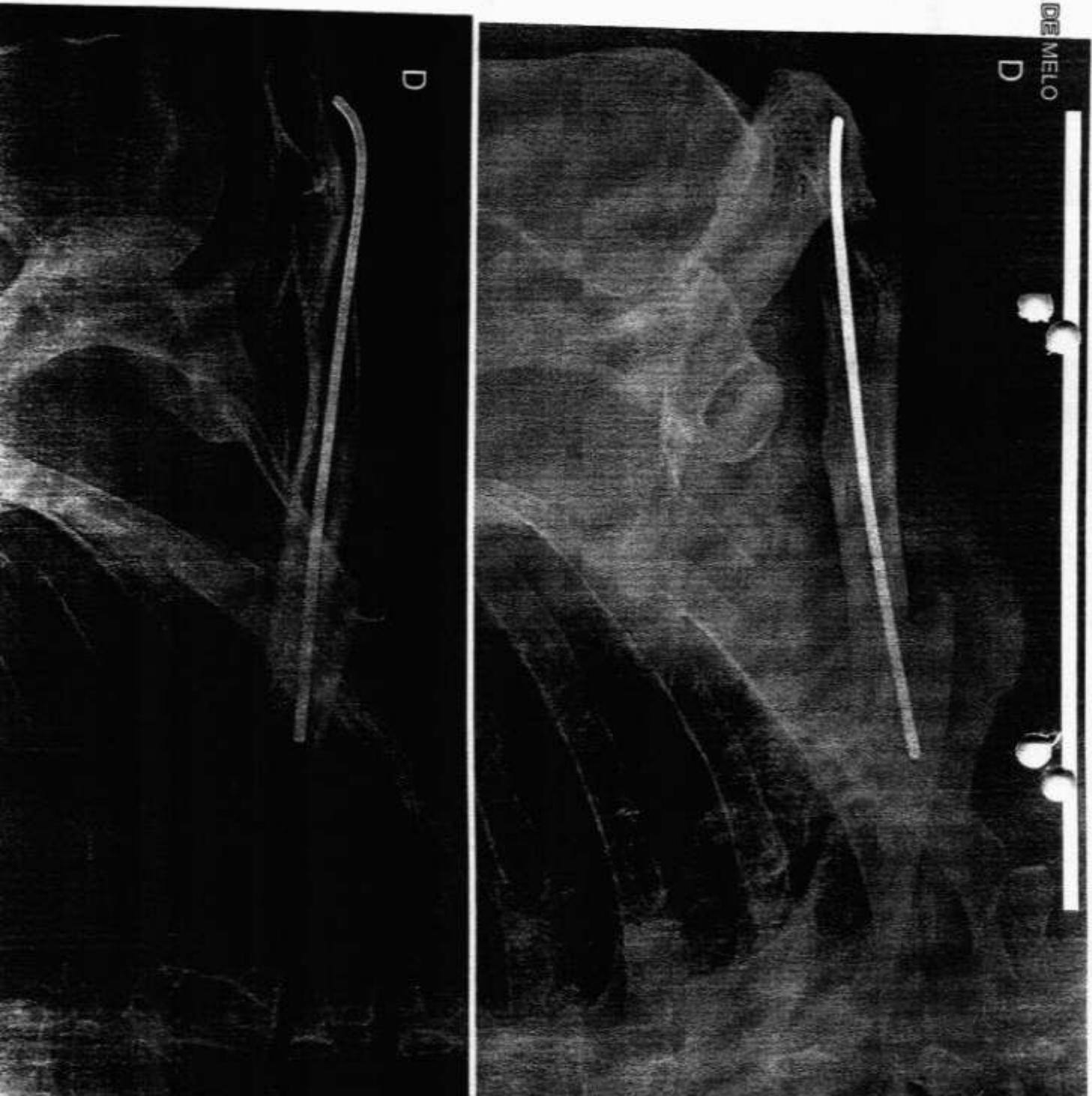


Homem: 1432
Data: 22/08/2018

ME: 115465
Padrante: JOSIVALDO SILVA DE MELO
Idade: 045Y
Sexo: M

Horar: 1431
Exame: 22/03/2018

Clube do Sétor do Lote 30 Fazenda
Ribeirão 105198193-2 / MEL 1453-9
C



DPAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cecília de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 79.002-470
Tel: (65) 3311-3111

HPM

ID: 115488
Paciente: JOSNALDO SILVA DE MELO
Idade: 045Y
Sexto: M



[Handwritten signature]
Luis Henrique Souza de Melo
RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Dr. 112000
Mater: JOSINALDO SILVA DE MELO
Idade: 045Y
Sexo: M

HPIW

Chefe do Setor CD Atendimento
RGPA 10519813-2 / MAC 1435-9
Luis Henrique Vaz da Cunha
Setor de Atendimento ao Cidadão

Setor de Atendimento ao Cidadão



Hora: 07:45
Exame: 06/02/2018



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		DATA DE NASCIMENTO	
ANTONIO SOARES JUCUNDE		22/05/1971	
NATURALIDADE			
CRATEUS-CE		22/05/1971	
DOC. ORIGEM			
CERT. NASC. 529 L 141 EXP CRATEUS-CE 25/09/78		Grau de leucose Pedro Gomes da Moraes Ponto Crim. 11	
TERESINA - PI			
840.173.173-91		ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83			





MACHADO

Dr. Edimar

RELATÓRIO MÉDICO

Relatório para Josinaldo
Silva da Silva. Foi vítima de acidente
de trânsito, fato ocorrido em
04.08.18 às 03:00hs, triste sofreu ferimentos
traseiros e no pescoço, causando o deslocamento
de um osso em seu corpo, realizada a cirurgia
de emergência onde foi feita a cirurgia de
reconstrução, esteve internado
neste período de 18 dias, com
desenvolvimento com febre temporal, rinite
e sinusite fortes dores e dor de mictura
causando desconfortos, com septicemia
devido a contaminação do deslocamento
que se fixou definitivamente, com
aproximadamente 75%.

Eduardo
12.03.2019

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 MAR 2019
GENTE SEGURO S.A.
Rua Ciclô 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

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.680.435
NOME	JOSINALDO SILVA DE MELO
FILIAÇÃO	DIJANIRA SILVA DE MELO SEVERINO JOSÉ DE MELO
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 58231 L 48A F 235V
CPF	011.900.941-69
EXP	CAMPINA GRANDE-PB 01/12/75
CEP	601.900.941-69
Francisco das Chagas Pinheiro Martins	
1093820	
LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 99.250/83	

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
INSTITUTO DE ESTADUAL DE PESQUISAS
SECRETARIA DE ESTADO DA PESQUISA E INFORMAÇÃO



CARTA DA INSTITUIÇÃO

1093820

1093820

1093820

1093820

1093820

1093820

1093820

1093820

1093820

1093820

1093820

1093820

