



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

PINHÃO/COMARCA DE FREI PAULO DA COMARCA DE PINHÃO
Praça São José, Bairro Centro, Pinhão/SE, CEP 49517000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202068100188	Distribuição: 23/06/2020
Número Único: 0000187-50.2020.8.25.0029	Competência: Pinhão/Comarca de Frei Paulo
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: GIVALDO CIRILO BARRETO

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade: PINHAO - Estado: SE - CEP: 49517000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**PINHÃO/COMARCA DE FREI PAULO DA COMARCA DE PINHÃO
Praça São José, Bairro Centro, Pinhão/SE, CEP 49517000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

PINHÃO/COMARCA DE FREI PAULO DA COMARCA DE PINHÃO
Praça São José, Bairro Centro, Pinhão/SE, CEP 49517000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202068100188

DATA:

31/07/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200731155502912 às 15:55 em 31/07/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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: 11/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GIVALDO CIRILO BARRETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02176

CONTA: 000000035887-3

Nr. da Autenticação 0290439B97EE3F9F

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190592566 **Cidade:** Carira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIVALDO CIRILO BARRETO **Data do acidente:** 17/03/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS- PAG 61) E ALTA MÉDICA

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 15 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592566

Vítima: GIVALDO CIRILO BARRETO

Data do Acidente: 17/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GIVALDO CIRILO BARRETO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: GIVALDO CIRILO BARRETO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002176

Conta: 0000035887-3

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.

Atenciosamente,



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:

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

Nome completo: Profissão: Endereço: Bairro: Cidade: Estado: CEP: Número: Complemento: E-mail: Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL: ☒ RECLUSO 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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: Nome: CPF: Assinatura de quem assina A-ROGO Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver) TESTEMUNHAS 1ª Nome: CPF: Assinatura 2ª Nome: CPF: Assinatura

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



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CARIRA - CARIRA - SE

Alexandre Felipe de Andrade Monteiro
Delegado de Polícia Civil

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 084691/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/08/2019 09:19 Data/Hora Fim: 14/08/2019 09:36
Delegado de Polícia: Alexandre Felipe de Andrade Monteiro

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia Distrital de Pinhão

Data/Hora do Fato: 17/03/2019

Local do Fato

Município: Pinhão (SE)

Bairro: Povoado Rajas

CEP: 49.517-000

Tipo do Local: Em veículo

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MONICA DOS SANTOS MENDONCA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Frei Paulo

Nasc: 25/11/1983

Profissão: Manicure e Pedicure

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Jose dos Santos Mendonca

Nome do Pai: Mario Mendonca

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 322.238.828-89

RG - Carteira de Identidade: 3.064.120-9

Endereço

Município: Pinhão - SE

Complemento: Prox ao Bar de Jean

Bairro: Pov Rajas

CEP: 49.517-000

Telefone: (79) 99997-9356 (Celular)

Nome Civil: GIVALDO CIRILO BARRETO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Aracaju

Sexo: Masculino

Nasc: 25/07/1976

Profissão: Manobrista

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: MARIA CIRILO DOS SANTOS BARRETO

Nome do Pai: GENEZIO DIAS BARRETO

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 000.140.655-84

RG - Carteira de Identidade: 1341495

Endereço

Município: Pinhão - SE

Complemento: Prox ao Bar de Jean

Bairro: Pov Rajas

CEP: 49.517-000

Monica dos Santos Mendonca

Delegado de Polícia Civil: Alexandre Felipe de Andrade Monteiro
Impresso por: Gustavo Henrique Caminha Albuquerque
Data de Impressão: 14/08/2019 09:37



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CARIRA - CARIRA - SE

Alexandre Felipe de Andrade Monteiro
Delegado de Polícia Civil

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 084691/2019

Telefone: (79) 99947-4491 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa OEO8409

Número do Chassi 9C2KC1660CR516999

Ano/Modelo Fabricação 2011/2012

Marca/Modelo PAS/MOTOCICLETA

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

GIVALDO CIRILO BARRETO

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata a comunicante que seu companheiro GIVALDO CIRILO BARRETO, já qualificado, estava andando de moto na data do fato quando veio a colidir com um cavalo no local acima citado. Que a moto que seu marido dirigia pertencia ao irmão da comunicante de nome EDSON SANTOS ANDRADE. Requer o presente B.O para fins de seguro DPVAT.

ASSINATURAS

Gustavo Henrique Caminha Coutinho Albuquerque
Responsável pelo Atendimento

Monica dos Santos Mendonça
Monica dos Santos Mendonça
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que se originar, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Alexandre Felipe de Andrade Monteiro
Delegado de Polícia Civil

Registro de Classificação de Risco
Protocolo de Manchester

Ato

Identificação do Paciente				
Nome:	GIVALDO CIRILO BARRETO		Chogada:	17/03/2019 12.19 32
Sexo:	MASCULINO		Idade:	42
Transporte:	MEIOS PRÓPRIOS		Data de Nascimento:	25/07/1976

Classificação de Risco									
Queixa Principal:	Vítima de queda de moto há 02 horas, queixa-se de dor em coxa E. Nega alergia medicamentosa								
Fluxograma:	QUEDAS				Discriminador: DOR MODERADA				
Parâmetros:	Glicemia Capilar		Escala de Coma de Glasgow:			15			
	Pulso	71	Ritmo:	REGULAR		Sat O2 (%):	97		
	Temperatura Timpânica		36	Escala de Dor:	5		PA	170x98	
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	☒	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO		
Fluxo Interno:	CIRURGIÃO GERAL								
Classificador:	VANESSA BRITO DE PINHO			COREN / CRM:	264925 SE	ES	Hora de Início CP	Hora de Fim CP	
							17/03/2019 12.21.18	17/03/2019 12.25.27	

Vanessa B. de Pinho
Enfermeira
COREN-SE 264.925-ES

Reclassificação

Queixa Principal:									
Fluxograma:					Discriminado				
Parâmetros:	Glicemia Capilar		Escala de Coma de Glasgow:						
	Pulso		Ritmo:			Sat O2 (%):			
	Temperatura Timpânica			Escala de Dor:			PA		
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	☐	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO		
Fluxo Interno:									
Classificador:				COREN / CRM:			Hora de Início CP	Hora de Fim CP	

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

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

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

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

Eu, Edson Santos Andrade

RG nº 37597515, data de expedição 03/08/2017

Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 060.796.245-26

com domicílio na cidade de Pinhão, no Estado de

Sergipe

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Barrodo Joyosa Branca

nº S/N

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

Geivaldo Cirilo Barreto

cujo o condutor era

Geivaldo Cirilo Barreto

Veículo: PAS/MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 150 TITAN EX Ano: 2011/2012

Placa: DEO 8409 Chassi: 9CLKE106 OCR 516999

Data do Acidente: 17/03/2019

Local e Data:

Pinhão; 19.08.2019

Ofício Único
de Pinhão / SE

+ Edson Santos Andrade

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO DO DISTRITO DE PINHÃO-SE
Praça São José, 46 - Centro - Tel.: (79) 99999-1777 - E-mail: cartorioepinhao@gmail.com
Tabelião Titular: George Wallace Faustino Góti

RECONHECIMENTO
Reconheço por autenticidade a firma indicada de
EDSON SANTOS ANDRADE
PINHÃO/SE, 19 de agosto de 2019. Dou fé.

ANDREANE SANTOS MARTINS (ESCREVENTE)

19/08/2019 09:07:42

Selo TJE: 201929625002948, Acesse:
<https://www.tje.sejus.br/x/728RR3>



CARTÓRIO DO OFÍCIO
ÚNICO DE PINHÃO/SE
Andraane Santos Martins
Escrevente

O E M280350001

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 06 / 2019

Data Autorização: 17 / 03 / 2019

Num AIH : 281910044696-5

Situação : DIGITADA

Tipo : 01-INICIAL

Apresentação : 06/2019

Especialidade : 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor : M280350001

CRC:

Doc autorizador : 190125160670018

Doc med resp : 980016283208113

Doc diretor clínico : 980016283208113

Doc médico solic : 980016283208113

CNES : 6568343 - HOSPITAL UNIV MONSENHOR JOAO BATISTA DE CARVALHO DALTRO

CNS : 70500545820035-2

Prontuário : 531111

Paciente : GIVALDO CIRILO BARRETO

Nacionalidade : 010 - BRASIL

Tipo Doc. : IGNORADO

Doc :

Data Nasc. : 25 / 07 / 1976 Sexo : MASCULINO

Nome da Mãe : MARIA CIRILO DOS SANTOS BARRETO

Responsável pac. : GIVALDO CIRILO BARRETO

Raza/Cor : 99-SEM INFORMACAO Etnia : 0000-NAO SE APLICA

Telefone : (79)0994-17600

Muscul. Proc. 2 + N2

Endereço : RUA F 540 Bairro: AMERICA

UF : SE CEP : 49060-000

Município : 280030 - ARACAJU

Procedimento solicitado : 04.08.05.051-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Procedimento principal : 04.08.05.051-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Diag. principal : S723-FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Diag. secundário :

Causa Óbito :

Modalidade : HOSPITALAR

Complementar :

Carater atendimento : 02 - URGENCIA

Data internação : 17 / 03 / 2019

Data saída : 03 / 04 / 2019

Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO

AIH Anterior :

AIH Posterior :

Liberação SISA/H01 :

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNAER : -

CBOR : -

CNPJ do Empregador : - / -

Vinculo Previdência :

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408050519	980016295671652	225270(1)	6568343	6568343	1	04/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408050519	980016287101496	225151(6)	6568343	6568343	1	04/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0702030910			55121602000199	6568343	1	04/2019	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM
4	0211020036			6487785	6568343	1	04/2019	ELETROCARDIOGRAMA
5	0202010317			6487785	6487785	4	04/2019	DOSAGEM DE CREATININA
6	0202010473			6487785	6487785	5	04/2019	DOSAGEM DE GLICOSE
7	0202020380			6487785	6487785	7	04/2019	HEMOGRAMA COMPLETO
8	0202010600			6487785	6487785	3	04/2019	DOSAGEM DE POTASSIO
9	0202030202			6487785	6487785	3	04/2019	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA
10	0202010635			6487785	6487785	3	04/2019	DOSAGEM DE SODIO
11	0202020070			6487785	6487785	5	04/2019	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO
12	0202020487			6487785	6487785	5	04/2019	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA
13	0202020096			6487785	6487785	5	04/2019	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO
14	0202010694			6487785	6487785	4	04/2019	DOSAGEM DE UREA
15	0204060125			6568343	6568343	1	04/2019	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)

DADOS DE OPM

Linha Nota Fiscal

CNPJ Fornecedor Lote

Série

Reg. ANVISA

CNPJ Fabricante

3 40934

55.121.602/0001-99

CID SECUNDARIO

Cid Característica

Descrição

W011 ADQUIRIDO

QUEDA MESMO NIVEL POR ESCORR., TROP. OU PASSO FALSO - HABITACAO COLETIVA

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos : Mortos :

Altas :

Transf.:

Óbitos :

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12985, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

270619
falta alta
Drª Cynthia Denicla Rezende de Vasconcelos
CPF - 906.278.815-72
CRM - 2256

Sumário de Alta

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/ Givaldo Cirilo Barreto Prontuário: 053111/1
Idade: 42 anos 8 meses Sexo: Masculino Leito: 401C
Data internação: 17/03/2019 Data Alta: 03/04/2019 Permanência: 17 dias
Convênio: Sus
Equipe responsável: Dr. Wagner Lima de Lucena
Centro Custo 1
Outras equipes: Centro Custo 1

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação
fratura da diáfise do fêmur (S72.3)
Diagnóstico principal na Alta
Fratura da diáfise do fêmur (S72.3)

3. EVOLUÇÃO

3º DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO
PACIENTE EVOLUINDO BEM, ASSINTOMÁTICO. EM USO DE SVD.
FO LIMPA E SEM SECREÇÃO, EM BOM ESTADO.
#LAB (01/04/19): Hb 8,8; Erit 2,9; Ht 26,5; Plq 421.000; Leuco 15200
Obs.: Alta hospitalar sobre orientação de Dr. Cleanes

4. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta
Alta médica
Recomendações da Alta
Encaminhamento ao ambulatório do hospital
Afastamento laboral por 90 dias
Curativos diários em posto de saúde
Encaminhamento ao ambulatório de ortopedia com 15 dias (marcar no nir)
Fazer uso de medicação prescrita
Não pisar com membro operado
Repouso absoluto em leito
Retirar os pontos com 15 dias
Medicamentos Prescritos na Alta
PACO 500+30MG -- 1CX -- Uso Interno
DIPIRONA SÓDICA 500 MG 500.0 MG -- 1cx -- Uso Interno
CEFALEXINA 500.0 MG -- 1cx -- Uso Interno

5. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

03/04/2019, 15:17 h.

Dr. MARCOS FREIRE VIEIRA CRM 5452 SE

Marco Freire Vieira
CRM-SE 5452
MR. Ortopedia e Traumatologia



Hospital Universitário
Lagarto

Sumário de Alta

Identificação

Givaldo Cirilo Barreto

Leito: 401C

053111/1

FORM_SUMARIO_ALTA 03/04/2019 13:29:24 21315 187711

Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

Nome: GIVALDO CIRILO BARRETO Chegada: 17/03/2019 12:19:32
 Sexo: MASCULINO Idade: 42
 Transporte: MEIOS PRÓPRIOS Data de Nascimento: 25/07/1976

Classificação de Risco

Queixa Principal: Vítima de queda de moto há 02 horas, queixa-se de dor em coxa E. Nega alergia medicamentosa

Fluxograma: QUEDAS Discriminador: DOR MODERADA

Parâmetros:	Glicemia Capilar		Escala de Coma de Glasgow:	15
	Pulso	71	Ritmo:	REGULAR
	Temperatura Timpânica	36	Escala de Dor:	5
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos
				NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos

Fluxo Interno: CIRURGIÃO GERAL

Classificador: VANESSA BRITO DE PINHO

COREN / CRM:

Vanessa B. de Pinho
 Enfermeira
 COREN-SE 264.925-5

Hora de Início CR: 17/03/2019 12:21:18

Hora de Fim CR: 17/03/2019 12:21:18

Reclassificação

Queixa Principal:

Fluxograma: Discriminado:

Parâmetros:	Glicemia Capilar		Escala de Coma de Glasgow:	
	Pulso		Ritmo:	
	Temperatura Timpânica		Escala de Dor:	
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos
				NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos

Fluxo Interno:

Classificador:

COREN / CRM:

Hora de Início CR:

Hora de Fim CR:

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Folha 1/2

Data da Informação: 17/03/2019

Validade: de 27/03/2019 11:00 h. a 28/03/2019 11:00 h.

DIETA	
1. Livre	Aprazamento S/D

CUIDADOS	
2. Controle de sinais vitais, de 6/6 horas	Aprazamento 12 18 24 06
3. Manter membro imobilizado por tala gessada + tração, atenção	manter
4. Aguarda placa 18 furos para programação cirurgica, atenção	Atenção

MEDICAMENTOS	
POSOLOGIA	DOSAGEM
5. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 12/12 horas, 12 10
6. CLORETO DE SODIO 0,9% 1000 ML PARA INFUSÃO	Administrar 1.000 BSA, IV, contínuo, I= T= 1= T= 16 (500) (500)
BOLSA FLEX. 9 mg/mL : 14 GOTAS POR MINUTO	
7. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL	Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas, 12 18 24 06
8. ENOXAPARINA 40 mg	Administrar 40 mg, SC, 1 x ao dia, 12 18 24 06
9. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, 12 18 24 06
10. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg	Administrar 40 mg, IV, 1 x ao dia, obs.: EM JEJUM 12 18 24 06
11. TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: SE DOR INTENSA 12 18 24 06
12. CAPTOPRIL 25 MG 25 mg	Administrar 1 CMP, VO, a critério médico, obs.: SE PAS>160 E/OU PAD>100, VO, administrar 1 hora antes ou 2 horas após a alimentação 12 18 24 06
13. CLONAZEPAN SOL. ORAL 20 ML 2,5 mg/mL	Administrar 8 gts, VO, noite, obs.: SE AGITAÇÃO OU INSÔNIA 12 18 24 06

Identificação:

GIVALDO CIRILO BARRETO

PRESCRIÇÃO

Identificação:

RAIMUNDO VIEIRA

RAIMUNDO VIEIRA
Mestre em Ciências da Saúde
COREN-SE 277085-1/06

053111/1

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 21/03/2019

Leito: 400A

Especialidade/Agenda: CLÍNICA MÉDICA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 22/03/2019 07:04 Atendimento: 21315

Nome do Responsável: MARCOS FREIRE VIEIRA

Data Confirmação: 22/03/2019 07:07

CRM: 5452 SE

Evolução:

FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR E (fratura em espiral)

Paciente com fratura de diáfise de fêmur E após acidente de moto dia 17/03/19. Evolui estável, relata insônia e agitação devido incomodo pela tala gessada, sem outras queixas, relata ainda dor a tentativa de mobilização do membro afetado e presença de hematoma em região inguinal E, decorrente do trauma.

Relata que fez uso de 01UI de hemoconcentrado dia 20/03 e aguarda a segunda unidade. Enfermagem sinaliza que não foi possível infundir hemoconcentrado devido pico hipertensivo e hipertermia ontem após colocação de tala.

Hb (19-03): 6,1

CD:

- Solicitar novo laboratório após hemoconcentrados
- Aguardo 01UI de Hemoconcentrado a ser administrada
- Mantenho ANALGESIA + ANTICOAGULAÇÃO
- Repouso em leito
- Aguardo programação cirúrgica

Notas Adicionais:

Marco Freire Vieira
CRM-SE 5452
OR Ortopedia e Traumatologia

FSPH HEMOSE FICHA DE LIBERAÇÃO HEMOCOMPONENTE	NOME COMPLETO DO RECEPTOR <i>Guilherme Cirilo Barreto</i>	
	INSTITUIÇÃO SOLICITANTE <i>HVZ</i>	LOCALIZAÇÃO / LEITO <i>21315</i>
ABO RHD / RECEPTOR <i>O Positivo</i>	Nº DE REGISTRO <i>53111</i>	NÚMERO DA BOLSA <i>012345</i>
ABO RHD / BOLSA <i>O Positivo</i>	PAI <i>Negativo</i>	PROVA CRUZADA <i>Negativo</i>
DATA DO ENVIO DO HEMOCOMPONENTE PARA TRANSFUSÃO		RESPONSÁVEL PELA COMPATIBILIDADE
RESPONSÁVEL PELA LIBERAÇÃO DO HEMOCOMPONENTE		INÍCIO TRANSFUSÃO : H TÉRMINO TRANSFUSÃO : H

Identificação

Paciente: GIVALDO CIRILO BARRETO

Prontuário: 53111/1

EVOLUÇÃO

22/03/2019 07:07

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 22/03/2019

Leito: 400A

Especialidade/Agenda: CLÍNICA MÉDICA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 23/03/2019 07:50 Atendimento 21315

Nome do Responsável: MARCOS FREIRE VIEIRA

Data Confirmação: 23/03/2019 07:53

CRM: 5452 SE

Evolução:

FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR E (fratura em espiral)

Paciente com fratura de diáfise de fêmur E após acidente de moto dia 17/03/19. Evolui estável, relata insônia e agitação devido incomodo pela tala gessada, sem outras queixas, relata ainda dor a tentativa de mobilização do membro afetado e presença de hematoma em região inguinal E, decorrente do trauma. Relata que fez uso de 01UI de hemoconcentrado dia 20/03 e uma 2ª UI de hemoconcentrado no dia 22/03/19.

Hb (19/03): 6,1

CD:

- Solicito novo laboratório após hemoconcentrados
- Mantenho ANALGESIA + ANTICOAGULAÇÃO
- Repouso em leito
- Aguardo programação cirúrgica

Notas Adicionais:

Marcos Freire Vieira
CRM-SE 5452
MR Ortopedia e Traumatologia

EVOLUÇÃO

Identificação

Paciente: GIVALDO CIRILO BARRETO

Prontuário: 53111/1

23/03/2019 07:53

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Pré-operatório

Data: 30/03/19

Enfermaria/Leito 401-e

Hora: 11:50

Sexo: M

Cirurgia proposta:

Treatmento de fratura

Turno M () T () N ()

Pressão Vital: PA

X

mmHg) T (

°C) FR (

rpm) FC (

bpm) Fôim. E.

Peso:

Condições Gerais

Respiração: Eupnéico (X) Hipertenso () Cardiopata () Acuidade visual () SIM () Diminuída
 Sintomas: Dispneico () Diabético () Outros () Acuidade audit. () SIM () Diminuída
 Medicamentos que faz uso: não faz uso Alergias: não
 Prótese Dentária () Jóias () Óculos () Lente de contato ()
 Banho (X) SIM () NÃO Tricotomia (X) SIM () NÃO Enterocisma () sim (X) não
 Cateter Venoso () PERIFÉRICO (X) () CENTRAL Dispositivo () Gelco nº () Cateter duplo lúmen
 Hemograma Completo (X) Raio X (X) ECG (X) Ultra-som () Outros:
 Hemoconcentrado (X) Plasma () Plaquetas () Vaga de UTI (X) Sim Leito (X) Não

Intervenções de Enfermagem: Glasgow 15, estável, he moderadamente

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Ansiedade () 6. Risco de quedas (X) Incentivar a verbalização de sentimentos
 Conhecimento deficiente () Estimular perguntas sobre o procedimento
 Medo () Permanecer com o paciente e identificar suas necessidades
 Padrão de sono prejudicado () Proporcionar tranquilidade e conforto
 Risco de integridade da pele prejudicada () Auxiliar na deambulação
 encaminhado ao C.C por: C.C. Hora: 11:50h.

Trans-operatório

Entrada na S.O. Sala: 1 Hora: 11:55 (X) Acordado () Sonolento () Calmo () Agitado () Comatoso
 Cirurgia realizada: Anestesiado + Cirurgião: Thiago Fco Instrumentador: Julio
 Anestesiado: Anestesiado: Geral venosa () Peridural c/ cateter () Sedação ()
 Anestesia: Início: TOT nº Geral inalatória () Peridural s/ cateter () Bloqueio ()
 Término: Geral combinada () Raqui-anestesia (X) Local ()
 Classificação do Procedimento: Pequeno porte () Médio porte () Grande porte (X)
 Cirurgia: Limpa (X) Potencialmente contaminada () Contaminada () Infectada ()
 Posição cirúrgica: Dorsal (X) Ventral () Litotômica () Lateral () D (X) E Outras:
 Localização de equipamentos: ver vídeo Eletrodos Drenos/Sondas/Cateteres Sangue e soluções
 Puncão arterial (X) Puncão () Gástrica nº () Conc. Hemácias
 Placa de bisturi () Nasoenteral nº () Qtde de bolsas 02
 elétrico () Sucção () Plasma
 Restrições () Penrose nº () Qtde de bolsas
 Puncão venosa () Dreno de tórax () Plaquetas
 Sítio cirúrgico () Sonda de foley () Qtde de bolsas
 () Guedel nº () Outros
 () Cateter nasal de O2

Intervenções de Enfermagem: realizado sem intercorrências.

Assinatura do Enfermeiro
 COREN-SP: 111082-1
 Matrícula: 1425780
 HUL / EBSERH

Anamnese - TERAPIA OCUPACIONAL

Dados do Paciente

Referência: 22/03/2019

Paciente: GIVALDO CIRILO BARRETO

Data de Nascimento: 25/07/1976

Especialidade/Agenda: CLÍNICA MÉDICA

Prontuário: 53111/1

Leito: 400A

Nome Social:

Nº do Cartão SUS: 0

Unidade: CLÍNICA CIRÚRGICA

Data Criação: 22/03/2019 15:46 Atendimento: 21315

Data Confirmação: 22/03/2019 15:51

Nome do Responsável: RAHIME CRISTINE DO
ROSARIO SARQUIS
CREFITO: 181192 SE

Anamnese:

Paciente consciente, orientado, comunicativo, com humor estável.
Atualmente dependente para AVD's de transferência, banho e uso de vaso, devido fratura.
Aspectos cognitivos preservados
Relata aguardar cirurgia de forma tranquila.
Apresenta boa resiliência frente ao processo de hospitalização.

Conduta:

- Escuta ativa a fim de proporcionar expressão de sentimentos;
- Levantamento biográfico;
- Regate de contexto ocupacional
- Orientação quanto melhor desempenho nas AVD's possíveis de serem realizadas.

Deixou paciente estável, aos cuidados da equipe

Notas Adicionais:

Rahime Sarquis
Terapeuta Ocupacional
CREFITO: 181192 SE

Anamnese - TERAPIA OCUPACIONAL

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 03/04/2019

Leito: 401C

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 03/04/2019 15:15 Atendimento 21315

Nome do Responsável: MARCOS FREIRE VIEIRA

Data Confirmação: 03/04/2019 15:16

CRM: 5452 SE

Evolução:

3ª DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

PACIENTE EVOLUINDO BEM, ASSINTOMÁTICO, EM USO DE SVD.

FO LIMPA E SEM SECREÇÃO, EM BOM ESATDO.

SUSPENDO HEMOTRANSFUSÃO VISTO ESTABILIDADE CLÍNICA DO PACIENTE.

#LAB (01/04/19): Hb 8,6; Erit 2,9; Ht 26,5; Plq 421.000; Leuco 15200

CD:

- ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DA ORTOPEDIA

Notas Adicionais:

Marco Freire Vieira
CRM-SE 5452
MR Ortopedia e Traumatologia



Hospital Universitário
Lagarto
EVOLUÇÃO

Identificação

Paciente: GIVALDO CIRILO BARRETO

Prontuário: 53111/1

03/04/2019 15:16

TERMO DE CONSENTIMENTO

INFORMADO PARA CIRURGIA

Pelo presente instrumento, eu 8 Monica dos S. Mendonça
RG: 3.064.120-9 responsável legal pelo paciente Carimbo
declaro que fui suficientemente (esclarecido(a)) pelo médico(a)
Carimbo, Cirurgião, CRM 3402, sobre o diagnóstico
e o procedimento cirúrgico a ser realizado para este
caso Prostata, com o qual concordo. Fui devidamente
informado(a) quanto aos riscos inerentes e prognóstico objetivo do tratamento, independentes de todos
os cuidados tomados, experiência profissional e técnica adequada que poderão levar a complicações
conhecidas, como também imprevisíveis.

Comprometo-me em seguir todas as orientações pós-operatórias necessárias ao
restabelecimento, que constarão em prontuário e/ou receituário médico por ocasião da alta.

Lagarto/SE, 28 de maio de _____

Monica dos S. Mendonça
Responsável pelo paciente

Cirurgião/ Carimbo/ Assinatura

INFORMADO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) sobre a opção anestésica/sedação indicada para o caso em
questão, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, pelo(a) médico(a)
anestesista Dr.(a) _____, CRM _____.

Informo que relatei a equipe médica responsável, pelos antecedentes patológicos e progressivos
do paciente a ser submetido ao processo cirúrgico proposto, medicações usadas ou em uso, alergias
medicamentosas, alergias sistêmicas ou tópicas, assim como quaisquer informações que possam
interferir na condução do caso.

Autorizo, ainda, qualquer outro procedimento que se faça necessário, exames, transferências,
adequação da abordagem cirúrgica, transfusões de sangue e hemoderivados, além de condutas
tomadas em situações imprevistas, que possam ocorrer ou acarretar qualquer risco ao paciente,
diferente daquelas inicialmente propostas, sempre objetivando a integridade física e recuperação da
saúde do paciente.

Estou ciente que seria impossível para o(a) médico(a) a descrição de TODAS as complicações
ou riscos possíveis de acontecer no tratamento proposto, mas fui informado a respeito dos riscos
frequentes e entendo não existir garantia absoluta de segurança no resultado da cirurgia ou no processo
de cura de algumas doenças.

Lagarto/SE, 28 de maio de _____

Monica dos S. Mendonça
Responsável pelo paciente

Cirurgião/ Carimbo/ Assinatura



PACIENTE: GIVALDO CIRILO BARRETO		DATA: 30/03/2019
REGISTRO:	IDADE:	LEITO:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DIÁFISE FEMUR (e)		
CIRURGIA REALIZADA	REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO INTERNA	
CIRURGIÃO (A)	THIAGO NASCIMENTO	
AUXILIAR	MARCOS FREIRE	
ANESTESISTA		
ANESTESIA	RAQUIANESTESIA	
INSTRUMENTADOR (A)	PEDRO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO		
TIPO DE CIRURGIA		
(X) CIRURGIA LIMPA	() CIRURGIA POTENCIALMENTE CONTAMINADA	
() CIRURGIA CONTAMINADA	() CIRURGIA INFECTADA	
INFECÇÃO PRESENTE A ADMISSÃO () SIM (X) NÃO		
TOPOLOGIA DA INFECÇÃO () OUTRAS		
() VIAS AÉREAS SUPERIORES	() URINÁRIA	() CARDIOVASCULAR () CUTÂNEA
() PULMONAR	() GASTROINTESTINAL	() SNC () OSTEOMUSCULAR
DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO		

1. PACIENTE EM DVH SOB ANESTESIA
2. ANTISSEPSE + ASEPSIA DO MIE
3. COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
4. VIA LATERAL SOB COXA (e), REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PARAFUSOS CORTICAIS COM TÉCNICA DE INTERFERÊNCIA + PLACA DCP + PARAFUSOS CORTICAIS PARA BLOQUEIO DE ROTAÇÃO
5. DRENO DE SUÇÃO + HEMOSTASIA + SUTURA POR PLANOS
6. CURATIVO + ENFAIXAMENTO

Dr. Thiago F. Nascimento
Ortopedia e Traumatologia
RUA 14, 1502 - CIMA-SE 117-790

Hospital Regional de Lagarto
Avenida Brasília S/N - Lagarto/SE
Tel (79) 3632-1501

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA GERAL DE PESSOAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS KNEZEV"

1341495

2ª Via

18/10/2008

DATA DE EMISSÃO

DATA DE NASCIMENTO

25/07/1976

REGISTRO GERAL

NOME

GINALDO CIRILO BARRETO

FILIAÇÃO

GENEZIO DIAS BARRETO

MARIA CIRILO DOS SANTOS BARRETO

NATURALIDADE

ARACAJU-SE

DOC ORDEM

CERTIDAO DE NASCIMENTO NR. 4755 LV. A.73 FL. 138-V

CART. 11 OFIC. DIST. QUINIMIA-AL

900.140.655-84

SECRETARIA DE SEGURANÇA DA SILVA

QUINIMIA-AL

LEIA-Nº 116 DE 25/08/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RESERVAÇÃO DO TÍTULO

IMPULSÃO DIREITO

GINALDO CIRILO BARRETO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1341495

2ª Via

18/10/2008

DATA DE EMISSÃO

DATA DE NASCIMENTO

25/07/1976

REGISTRO GERAL

NOME

GINALDO CIRILO BARRETO

FILIAÇÃO

GENEZIO DIAS BARRETO

MARIA CIRILO DOS SANTOS BARRETO

NATURALIDADE

ARACAJU-SE

DOC ORDEM

CERTIDAO DE NASCIMENTO NR. 4755 LV. A.73 FL. 138-V

CART. 11 OFIC. DIST. QUINIMIA-AL

900.140.655-84

SECRETARIA DE SEGURANÇA DA SILVA

QUINIMIA-AL

LEIA-Nº 116 DE 25/08/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RESERVAÇÃO DO TÍTULO

IMPULSÃO DIREITO

GINALDO CIRILO BARRETO



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **000.140.655-84**

Nome: **GIVALDO CIRILO BARRETO**

Data de Nascimento: **25/07/1976**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/09/1998**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:48:04** do dia **18/10/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **0C19.6338.A93B.643C**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)