



Número: **0812098-76.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **27/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA (AUTOR)</b>	<b>FERNANDO GUIMARAES ANDRADE (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10330 683	18/06/2020 12:53	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE CARIRIACU  
Impresso nº 2020106673



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 436 - 7802020 DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
E  
DEFESA SOCIAL

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**  
Data / Hora da Comunicação: **05/02/2020 13:02:40**  
Data / Hora da Ocorrência: **29/09/2018 23:00:00** Delegacia Municipal de Caririacu  
Endereço da Ocorrência: **ROD PADRE CICERO, ZONA RURAL - CARIRIACU/CE**  
Ponto de Referência:

POLÍCIA CIVIL

Noticiante(s)  
Nome: **MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA**  
Nascimento: **03/09/1982** CPF: **952.202.593-34**  
RG: **2129909** Orgão Emissor: **SSP** UF: **PI**  
Filiação: **MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA**  
**MILTON LIDIO DA COSTA**  
Endereço: **QUADRA LOTE 14, CASA A , 111**  
Bairro: **PROMORAR** CEP:  
Município: **TERESINA/PI**  
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **GPN7949** Uf: **PI** Município: **TERESINA** Chassi: **9BM664198SC083547** Renavam: **644609630** Tipo do Veículo: **ONIBUS**  
Marca / Modelo: **M.BENZ/O 400 RSD** Ano Fabricação: **1995** Ano Modelo: **1996** Combustível: **DIESEL** Cor: **BRANCA** Situação: **NÃO INFORMADO**  
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertido das penalidades da lei compareceu a esta Delegacia de Polícia informando que estava viajando como passageira no ônibus M. Benz, cor branca, placa GPN7949, com destino ao município de Canindé quando no endereço da ocorrência aconteceu um acidente envolvendo o veículo em comento, fato este investigado através do Inquérito Policial 436 - 132/2018, que do acidente sofreu uma fratura no braço direito; Que está realizando este boletim para fins de DPVAT; E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CARIRIACU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

  
**FRANCISCO ANGELO ALCANTARA SALES - MAT.: 3009221x**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Mara Raquel dos Santos Costa*

VISTO DO DELEGADO(A) :

  
**WANINI GALIZA RIZZI - MAT.: 300799-1-4**





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

3 - Nº do sinistro ou ASL: **952-202.593-34** 4 - Nome completo da vítima: **Mara Raquel dos Santos Costa**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	<b>Mara Raquel dos Santos Costa</b>	6 - CPF:	<b>952-202.593-34</b>
7 - Profissão:	<b>Recurso - me icon Promotor</b>	8 - Endereço:	<b>Q. 111 C 14 A</b>
9 - Bairro:	<b>Promotor</b>	10 - Cidade:	<b>Teresina</b>
11 - Estado:	<b>PI</b>	12 - CEP:	<b>64027-270</b>
13 - Número:		14 - Complemento:	<b>casa</b>
15 - E-mail:	<b>186M3823 - 4536</b>		

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

### 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                   | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00        |

### 21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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 (304) |

AGÊNCIA: **1987**

CONTA: **49956**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Bancos ou bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

### 22 - 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 da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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 de pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiro (nascido): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer inverdade 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rago).

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rago).

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rago).

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Teresina - PI, 06/02/2020.**

**Mara Raquel dos Santos Costa**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

101 V002/2019

TESTEMUNHAS





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200065718 Vítima: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

**Data do Acidente: 29/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA**

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 superiores 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: **MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA**

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001987

Conta: 0000049956-2

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

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200065718 Vítima: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

Data do Acidente: 29/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

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

**Senhor(a). MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA**

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15491579



Pag 00833/00834 - Carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:53:33  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061812533336900000009809794>  
Número de documento: 20061812533326900000009809794

Núm. 10330683 - Pág. 4

# 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: 18/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000049956-2

---

Nr. da Autenticação 7F7D5FBDDD619655



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:53:33  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181253336900000009809794>  
Número do documento: 2006181253336900000009809794

Num. 10330683 - Pág. 5

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA  
Pront.: 166106 Data Nasc.: 03/09/1982 Idade: 36 ano(s) 0 mes(es) e 27 dia(s) Admissão: 30/09/2018 01:28  
Mãe: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA  
Sexo: Feminino RG: Municipio: INDEFINIDO  
CEP 64000-000 Bairro: Tel.:  
Endereço: Num: .

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador: AMANDA SOUZA DE ALMEIDA Horário: 30/09/2018 01:33  
Queixa: DOR EM MSD  
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES  
Discriminador: DOR MODERADA

### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ CRM: 6 Nº: 449854 Horário: 30/09/2018 02:43  
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE ONIBUS COM DOR EM MAO E COTOVELO DIR APOS TRAUMA

AO EXAME

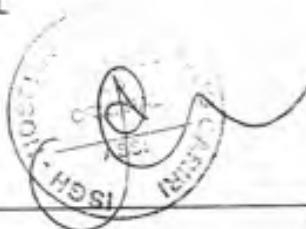
NV PRESERVADO

ADM LIVRE

NV PRESERVADO

SEM SINAIS DE SD COMPARTIMENTAL

RX E ANALGESIA  
REAV



### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX COTOVELO D AP/P (0204040078)	30/09/2018 02:49	Não	Pendente
RX ANTEBRACO D AP/P (0204040019)	30/09/2018 02:49	Não	Pendente
RX PUNHO D AP/P (0204040124)	30/09/2018 02:49	Não	Pendente
RX MAO D AP/OBLIQUE (0204040094) AMB	30/09/2018 02:49	Não	Pendente

1

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.





EXT. 13  
**FICHA DE ATENDIMENTO**

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO					
Nome: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA					
Pront.: 166106	Data Nasc.:	03/09/1982	Idade:	36 ano(s) 0 mes(es) e 27 dia(s)	Admissão: 30/09/2018 01:28
Mãe: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA					
Sexo: Feminino	RG:	Município: INDEFINIDO			Tel.:
CEP 64000-000	Bairro:				Num.:
Endereço: .					

**PRESCRIÇÃO**

Médico: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ CRM 13375 30/09/18 02:46

Prescrição	Horário:
X E REAV DA ORTOPEDIA	
PARACETAMOL 500MG + CODEINA 30MG -COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 6/6 H	93 9h
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H	43 9h
DIETA ZERO - EXAMES (RM, TM, LAB OU US)	

**ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL**

Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito





NOME DO PACIENTE: Maria Raquel dos Santos costa  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 491770

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





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

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA		Imp: 18/10/2018 16:55:07
Mãe: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA	Pai:	Usuário: CANILIA NORBERTA
End. Resid.: QD III LT 14 CS A - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		(Estação: RECEPCAO/02)
Nascimento: 03/09/1982	Idade: 36a1m15d	Sexo: Feminino Fone: 86- 3227-3541
Responsável: O MESMO		CNS: 705003264114858
Profissão: BALCONISTA		Documento: CPF: 952.202.593-34
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Viúvo(a)
End.Local.: - - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 689730	Entrada: 18/10/2018 16:55:35	Convênio: SUS	Proced:
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS SUPERIORES			

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Início/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
Breve História Clas. Risco:		Indefinido

SSVV: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

Peso: Kg Altura: M IMC: Kg/m<sup>2</sup> Pulso: bmp Pressão: mmHg  
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Paciente negativo  
fd: flutua depois almoço

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

5522  
0408020431

Motivo da Alta/Encerramento:

+ Cleiai fez 500mg Siflu

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Dr. Rocelito Rego  
Ortopedista  
CRM-PI 351/CRM-PI 469

Assinatura Paciente ou Responsável





CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 393331830	Nº REGULAÇÃO: 45763	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO:	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE:	MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA	NASCIMENTO: 03/09/1982

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

TRAUMA EM ANTEBRAÇO HÁ 03 SEMANAS RX FRATURA ANTEBRAÇO ENCAMINHO PARA CIRURGIA

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

EXAME FISICORX

DIAGNÓSTICO(CID): FRAT DO ANTEBRACO

OMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:	

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 18/10/2018 14:12:26

Dr. Alberto Medeiros  
Ortopedia / Traumatologia  
CRF/PI 3567

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO





INSTITUIÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
TERESINA - HUT

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:53:33  
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061812533336900000009809794>  
Número do documento: 20061812533336900000009809794

Num. 10330683 - Pág. 11

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA									
NOME	Maria Raquel das Tonis			IDADE	anos		DATA		
HORÁRIO DE ADMISSÃO	15 hs 20 min	TIPO DE ANESTESIA	<input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> RAQUEL <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO			10/10/2018			
CIRURGIA REALIZADA	ulna (D)					CIRURGIAO			
SINAIS VITais	ADMISSÃO			HORÁRIO			SAIDA		
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	120 x 97 mmHg						125 x 63		
FREQUENCIA CARDIACA (bpm)	71 bpm						89		
SATURAÇÃO DE O2 (%)	93%						100%		
TEMPERATURA AXILAR (0° C)	36.5								
FREQUENCIA RESPIRATORIA (rpm)	12								
NOME/ MATRÍCULA	Raquel						Raquel		
ÍNDICE DE ALDRETT E KROLIK									
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2			2			2	
	Movimenta dois membros	1			1			1	
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0			0			0	
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2			2			2	
CIRCULAÇÃO	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1			1			1	
	Tem sonda	0			0			0	
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico	2			2			2	
	PA em 20-49% do nível anestésico	1			1			1	
SATURAÇÃO O2	PA em 50% do nível pré-anestésico	0			0			0	
	Está lucido e orientado no tempo e espaço	2			2			2	
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	Desperta se solicitado	1			1			1	
	Não responde	0			0			0	
ESCALA DE DOR ALTA	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2			2			2	
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1			1			1	
	Aproxima saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0			0			0	
TOTAL	09								
ASS.	P								
( ) SONDA VESICAL	( ) DREN. DE SUÇÃO	( ) DREN. TORACICO	( ) DVE	( ) COLOSTOMIA			SONDA	( ) NASOG	( ) NASOC
ml	hs	ml	hs	ml	hs	ml			
ml	hs	ml	hs	ml	hs	ml			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:									
<p>Paciente admitido na SRPA em POI de fratura de ulna (D); segue calmo, consciente, orientado.</p> <p>V</p> <p>W</p>									
PRESCRIÇÃO MÉDICA							ALTA SRPA	 Anestesiologista	
ENCAMINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRÁFICOS [ ]							HORÁRIO		
POSTO: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] 4 [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] PORT [ ] NEU [ ] CIR [ ] MED									
T <sub>ANAL</sub> P <sub>ANAL</sub> L <sub>ANAL</sub> D <sub>ANAL</sub> -									



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 141636 AIH: 2218101771150	
--	--	--

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	<b>CNES</b> 5828856
--	------------------------

<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	 5828856
---	-------------

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA	03/09/1982	F	491770
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
95220259334			MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA	MARA RAQUEL
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
				14
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO		UF
PROMORAR		TERESINA		PI

#### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

##### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE ENCAMINHADA COM FRATURA DE DIAPISE ULNA DIREITA.

##### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

RX

##### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S52 - FRATURA DA DIAPISE DO CUBITO ULNA		

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

##### COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020431 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RÁDIO DA ULNA

LEITO/CLÍNICA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA			
CARÁTER	DATA SOLICITAÇÃO		
URGÊNCIA	18/10/2018	ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO CRM: 33823077368	
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	CRM:	
18/10/2018 16:55	23/10/2018 09:00		
MOTIVO ALTA			
MELHORADO			

#### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SERIE	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 AVAIAÇÃO / AUDITORIA
JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO CRM: 3732645300	
DATA ANALISE: 18/10/2018 17:29	CRM
	DATA ANALISE

##### ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE:	<i>Maria Roque da S. Costa</i>	PRONTUÁRIO N°:	<i>495770</i>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:		
ANESTESIA:	Nº DA SALA:		
CIRURGIÃO: <i>Dra. Bruno</i>	CPF N°:		
AUXILIAR: <i>Enfermeira</i>	CPF N°:		
ANESTESIA: <i>Dra. Fernanda</i>	CPF N°:		
INSTRUMENTADORA: <i>Roque</i>	CPFN°:		

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 6,5-7,0 e 7,5	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA N° 5,0 e 8,5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	250		PVPI DE GERMANTE	ML	250	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	350	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	50	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	03		SERINGA 10CC	UNID.	002	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO N°	UNID.	03		<i>Crepecer</i>	UNID.	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON		3-0	02				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:	<i>Tulenice Andrade</i>		
VICRYL	0	02		CIRCULANTE:	<i>Andrade</i>		
PROLENE							

MOD - 094





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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Márcia Reginal S. Ceste		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura de Ulna ①		
Operação - Tipo	Redução Cirúrgica + fixação interna com placa e parafuso		
Cirurgião Dr. Bruno	Dr.	1º Assistente	
2º Assistente	Dr. C. C. C. C.	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Inicio	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório	Fratura com 1 mês de evolução, com formação de calo ósseo Realizando Coloclásia		
Relatório imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
<b>Descrição da Operação</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
1) Paciente em DDH sob anestesia gástrica 2) Preparo obstétrical 3) Via dorsal direta em onto bruto ① (bordo ulnar) 4) Coloclásia + osteotomia em diáfise de ulna 5) Redução Cirúrgica + fixação interna com placa + parafusos em ulna ② 6) Fechamento por planos 7) Curativo			

Mod. 76 HUT







**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA  
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	225344

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA</b>	6 - Prontuário: <b>491770</b>		
7-CNS: <b>705003264114858</b>	8-Nascimento: <b>03/09/1982</b>	9-Sexo: <b>Feminino</b>	CPF: <b>952.202.593-34</b>
11-Mae: <b>MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA</b>			12-Fone: <b>86- 3227-3541</b>
13-Respi: <b>(O MESMO)</b>			14-Fone:
15-Endres: <b>QD 111 LT 14 CS A - PROMORAR - CEP: 64000-010</b>			
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64000-010</b>

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA Ulna</b>
31-Cod.Procedimento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)</b>

Quant. Solicitada: **1**

Fornecedor da OPM: **BIOSINTSE**

38-Profissional Responsável: <b>ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO</b>	40-Tp. Documento: CPF	Dr. <b>JOÃO Ribeiro</b> Osteopedia e Traumatologia CRM: <b>4201</b> / TUT: <b>1</b> 41-Ass.Carijbo (Rg.Conselho)
39-Data Solicitação: <b>22/10/2018</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>838.230.773-68</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Fratura de ulna* (1)

46 - Nome do Profissional Autorizador: <i>José de Ribamar dos Santos Filho</i>	47-Data Autorização: <i>13/11/18</i>	48-CMS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização: <i>Assessor de Auditores - CRM - PI - 1008 - CR 311452 CR 17060053326002</i>	49-Ass.Carijbo (Rg.Conselho)	

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <i>13/11/18</i>	52-CMS/CPF:
		53-Ass.Carijbo (Rg.Conselho)

*VALCIRIA OLIVEIRA*





**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**



MÉDICO/CRM:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente:	<b>MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA</b>	(Prontuário: <b>491770</b> )
Endereço:	QD 111 LT 14 CS A - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010	
Nascimento:	03/09/1982	Idade: 37a3m9d
Requisição:	685567	Solicitação: 22/10/2018
Controle:	1097570	Convênio: SUS
		Sexo: Feminino
		Origem: INTERNAÇÃO
		Solicitante: BRUNO SOARES FREIRE
		CLINICA ORTOPEDICA - P11
		Atendimento: 225344
		SUPLEMENTAR
		EXTRA 002

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 22/10/2018

**ANTEBRAÇO DIREITO**

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura cominutiva alinhada em diáfise média da ulna direita, fixada por placa e parafusos metálicos.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 12/12/2019

**WILSONNEY HOLANDA LEAL**

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47360  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:53:33  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181253336900000009809794>

Número do documento: 2006181253336900000009809794

Num. 10330683 - Pág. 19



Nome: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA  
Dt. Nasc: 03/09/1982 Idade: 36 anos Sexo: Feminino RG: 2129909  
CPF: 95220259334  
Médico Solicitante: Giordanio Cronemberger Alves do Nascimento  
Atendimento: 3576844 Prescrição: 2773274  
Data: 23/08/2019 13:08:41

### RX DIGITAL DO ANTEBRAÇO DIREITO (02 INC.)

#### ACHADOS:

Placa e parafusos metálicos de fixação na projeção da diáfise média da ulna.  
Interlinhas e superfícies articulares: integras.  
Partes moles sem alterações radiológicas.

#### CONCLUSÃO:

- 1.PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS DE FIXAÇÃO NA PROJEÇÃO DA DIÁFISE MÉDIA DA ULNA;
- 2.Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.

Dr. Edward Giordanio Alves  
CRM 2738



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí  
Fone: (86) 3131-1234 Fax: (86) 3223-4826  
E-mail: falecom@medimagem.com.br  
Visite nosso site: www.medimagem.com.br

Digitalizado por GEDILENE FERREIRA DE CARVALHO





MARA RAGUEL DOS SANTOS COST 03/09/1982 ID: 107022 04/10/2018 17:57 ARTHLANNY  
COPIL

RUA PIRES DE CASTRO, 692 SUL TERESINA-PIAUI



Marc Kageul



**NOTICE: JPEG image for reference.**



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:53:33  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061812533336900000009809794>  
Número do documento: 20061812533336900000009809794

Num. 10330683 - Pág. 23

Marc Knauel



**NOTICE: JPEG image for reference.**



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:53:33  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061812533336900000009809794>  
Número do documento: 20061812533336900000009809794

Num. 10330683 - Pág. 24



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:53:33  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061812533336900000009809794>  
Número do documento: 20061812533336900000009809794

Num. 10330683 - Pág. 25

MEDEIMAGEM RAIO X DIGITAL CR ELITE 1 - RUA PAISSANDU, 1862  
Ex: SANTOS COSTA, MARA RAQUEL DOS  
AP DIR. Sep 03 1982 F 550162  
C: Acc: 7642856  
Se: 1/2 2019 Aug 23  
Im: 1/1 Acq Tm: 13:07:06.931  
ANTEBRACO



Lin:DCM / Lin:DCM / Id:D  
W:4096 L:2048

IMAGE MAY NOT BE TO SCALE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:53:33  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061812533336900000009809794>  
Número do documento: 20061812533336900000009809794

Num. 10330683 - Pág. 26

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0053535/20

**Vítima:** MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

**CPF:** 952.202.593-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/09/2018

**Titular do CPF:** MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA : 952.202.593-34**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/02/2020  
Nome: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA  
CPF: 952.202.593-34

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:53:33  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061812533336900000009809794>  
Número do documento: 20061812533336900000009809794

Num. 10330683 - Pág. 27

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200065718 Cidade: Caririaçu Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA Data do acidente: 29/09/2018 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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

Data da análise: 13/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA URNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS- PAG 10) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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 SUPERIOR DIREITO.

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200065718 Cidade: Caririaçu Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA Data do acidente: 29/09/2018 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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

Data da análise: 11/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA URNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS- PAG 10) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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 SUPERIOR DIREITO.

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:53:33  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061812533336900000009809794>  
Número do documento: 20061812533336900000009809794

Num. 10330683 - Pág. 30

ÁGUAS DE  
CE TERESINA

CEP: 27337474000101 - LE 19596874  
Av. Prof. Camilo Filho, 3880, Vila dos Santos - CEP: 64090-040, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA 12754919-6 FATURANTE 2166831  
MÊS/ANO 11/2019

NOME / ENDERECO MORADOR MILTON L DA COSTA		CON PROMORAR, Q-111-C-14A-PROMORAR-TERESINA-PI-cep:64027270	
LOCALIZAÇÃO 013 ANNUSS-004580		GRUPO 013	NÚMERO DO HIDÔMETRO A10X133189
<b>HISTÓRICO DE CONSUMO</b> MÊS / ANO TIPO UDO FATURADO		<b>ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA</b> 1 Residencial - Normal	
08-2015 Líquido 22 22 09-2015 Líquido 26 26 08-2015 Líquido 26 26 07-2015 Líquido 26 26 06-2015 Líquido 26 26 05-2015 Líquido 26 26			
DATA LEITURA ANTERIOR 18/10/2019 755 ATUAL 28/11/2019 779		CONSUMO MÊS/MÊS 24	LEI 10741/2002 PIS/PASEP 148,37x1,65% + 2,31 COFINS 148,37x7,69% + 2,14
<b>TABELA DE TARIFAS</b> RESIDENCIAL FAZADA DE CONSUMO R\$/MÊS (%) 0 10 3,9640 00 10 25 5,7129 00 25 999999 9,9619 00		<b>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA</b> VALOR REFERENTE ÁGUA - 110,63 > Residencial-Normal 24,0 m³ 110,63 JUROS POR ATRASO 001/001 1,94 MULTA POR ATRASO 001/001 2,14 RELIGAÇÃO POR CORTE SIMPLES 001/001 26,56	
NÃO-RESIDENCIAL FAZADA DE CONSUMO R\$/MÊS (%) 0 10 3,9640 00			
		VENCIMENTO 02/12/2019	TOTAL A PAGAR 140,37

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM  
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.  
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços  
conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e art. 8.867/96, Art. 6º, §2º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.942.1234 DO MSL E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LÍQUIDO	2968	2926	34	1,38	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	3286	3257	29	5,29	Inferior a 15
pH	2303	2268	35	6,91	6,00-9,50
TURBIDEZ	3284	3245	39	1,43	Inferior a 5
CONFORMES/TOTAL					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.942.1234 DO MSL E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1311	1310	1	Ausência	Ausente
	1311	1311	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 28/11/2019 HORA DA EMISSÃO: 11:33

ÁGUAS DE  
CE TERESINA

MATRÍCULA 12754919-6 FATURANTE 2166831  
MÊS/ANO 11/2019

VENCIMENTO 02/12/2019 VALOR A PAGAR 140,37

82680000001 40371535000-1 0020190021 68310100504-2





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistru ou ASU: **952-202-593-34** 3 - CPF da vítima: **952-202-593-34** 4 - Nome completo da vítima: **Mara Raquel dos Santos Costa**

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

5 - Nome completo: <b>Mara Raquel dos Santos Costa</b>	6 - CPF: <b>952-202-593-34</b>		
7 - Profissão: <b>Recurso - me</b>	8 - Endereço: <b>Av Promotor Q 331 C 34 A</b>	9 - Número: <b></b>	10 - Complemento: <b>casa</b>
11 - Bairro: <b>Promotor</b>	12 - Cidade: <b>Teresina</b>	13 - Estado: <b>PI</b>	14 - CEP: <b>64027-270</b>
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): <b>186/3823-4516</b>		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (sómente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: **1987**

CONTA: **49956**

(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.

### 22 - 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 (Lei nº 6.134/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme a disposta na Lei 6.154/74.

Declaro que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data da óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou compênhario(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou compênhario(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim Vivos: <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar nove filhos: Falecidos: _____	30 - Vítima deixou herdeiros(viventes)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima deixou irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____	33 - Vítima deixou sobreviventes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	---	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, sócio devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rúga)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rúga)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rúga)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

*Teresina - PI, 06/02/2020.*

*Mara Raquel dos Santos Costa*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

101 V002/2019

TESTIMUNHAS

