



Número: **0811503-14.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **19/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALBERTINA COSTA DE SOUSA (AUTOR)	ARTHUR LENNON ALVES MENESES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10330 865	18/06/2020 13:01	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004572/19

Vítima: ALBERTINA FERREIRA COSTA

CPF: 666.482.463-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/09/2016

Titular do CPF: ALBERTINA FERREIRA COSTA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ALBERTINA FERREIRA COSTA : 666.482.463-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/01/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/01/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 13:01:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061813011683500000009809824>
Número do documento: 20061813011683500000009809824

Num. 10330865 - Pág. 1

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Albertina Ferreira Costa
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Divorciada
Identidade: 1.200 110
CPF: 666.482.463-91
Profissão: Autônoma
Endereço: Rua Guanabé 5990 S. Francisco
CEP: 64.009 800
Telefone: (86) 3303-4104 99401-2688 99534-6565

OUTORGADO:

Nome: Yelle Rose Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.119.262
CPF: 840 173 173 91
Profissão: Recepcionista
Endereço: Rua 26 de Janeiro 500
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: Albertina Ferreira Costa



Teresina 22/11/18

Local e data

Albertina Ferreira Costa

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANÁTALIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (0xx86) 3221-7886 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ALBERTINA FERREIRA COSTA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI-22/11/2018. Emol.:3,71
TJ:0,74 Selo:0,26 Total:4,71 Selo:ABL.52157 (F510P565)

JUDITE DE CASTRO CARDOSO Escrevente Autorizada

Escrevente autorizado



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 13:01:17
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061813011683500000009809824
Número do documento: 20061813011683500000009809824

Num. 10330865 - Pág. 2

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **11/09/2016** foi socorrida pelo SAMU a Sra. **Albertina Ferreira Costa** vítima de acidente de trânsito tendo sido removida para Hospital de Urgência de Teresina-HUT. Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou colocando na guia de atendimento da mesma o nome da vítima de **Albertina Costa Sousa** ao invés **Albertina Ferreira Costa**.

Gomes

Teresina, 04 de Dezembro 2018.

Marília Veloso Cantanhede
Marília Veloso Cantanhede
Gerente Adm. e Financeira SAMU – THE



Rua Coronel Luís Ferraz, 3390. Bairro Macaúba.
Teresina-PI. CEP 64016-055
CNPJ 17.577.205/0013-70



86 3218 - 2880



fht.samu@teresina.pi.gov.br



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 13:01:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181301168350000009809824>
Número do documento: 2006181301168350000009809824

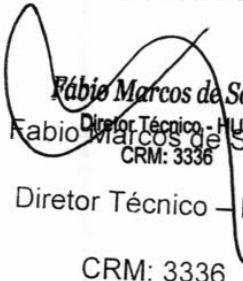
Num. 10330865 - Pág. 3

DECLARAÇÃO

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 11/09/2016 do (a) paciente ALBERTINA FERREIRA COSTA o(s) seguinte (s) dado(s) abaixo:

1-Nome: onde consta ALBERTINA COSTA GOMES para ALBERTINA FERREIRA COSTA

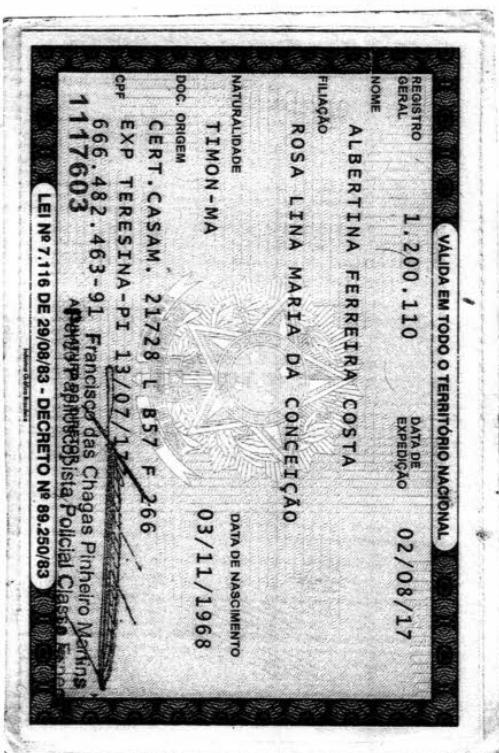
Teresina, 26 de dezembro de 2018


Fábio Marcos de Sousa
Diretor Técnico - HUT
CRM: 3336

Diretor Técnico - HUT
CRM: 3336









Dados do Chamado	01 N°. do chamado 1704	02 Data do chamado 11/09/2016	03 PRO (órgão) 2895	04 Saída do PA 19h	05 Chegada ao local 19:15					
Local da Ocorrência	06 Saída do local 19:30	07 Chegada ao 1º. hospital	08 Saída do 1º. hospital	09 Chegada ao 2º. hospital						
Dados do Paciente	10 Endereço AV. PRESIDENTE KENNEDY / VISCONDE DA PARNAÍBA	11 Bairro PI CARREGIRA I	12 Município-UF. TELESFINA - PI	Código IBGE						
	13 Ponto de referência APCEF (CLUBE DOS ECONOMÍSTAS)									
Dados do Paciente	14 Nome ALBERTINA COSTA SOUZA	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado								
	16 Idade 47	1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado 03/11/1968	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência HUT					DEPARTAMENTOS DE CONTEÚDO NÃO VER				
Acidente de Transporte	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 17 - Já removido 18 - Falso chamado	01 JAN 2019					
	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção <input checked="" type="checkbox"/> 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Cinto de Segurança <input checked="" type="checkbox"/> Assento para Motocicleta <input checked="" type="checkbox"/> Terceira-P						
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VÉRBAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso 120 Resp. 20 PA 110/70 TAX. Set2 98%	25 Local da lesão					
	26 Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 5 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10						
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Calor cervical <input type="checkbox"/> Kred	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	35 Glicemia _____ Acesso Venoso _____ Medicamentos a) b) c)					
Hospital de Destino					<input type="checkbox"/> Não Removido					
Observações Interdisciplinar	<p>Vítima de acidente de trânsito, refere dor no quadril, escorregões no m7. Informa uso de amitriptilina 25mg, atenolol 25mg.</p> <p>CONFERE COM O ORIGINAL Marília Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU</p>									





NOME DO PACIENTE: Allex Van Cava Gomes
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 41432

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





Dados do Chamado	01 N°. do chamado 1704	02 Data do chamado 15/09/2016	03 PRO (código) 2895	04 Saída do PA 19h	05 Chegada ao local 19h55	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 19:30	07 Chegada ao 1º. hospital	08 Saída do 1º. hospital	09 Chegada ao 2º. hospital		
	10 Endereço AV. PRESIDENTE KENNEDY / VISCONDE DA PARNAÍBA	11 Bairro PI CARREIRA 5	12 Município-UF. TERESINA - PI	Código IBGE		
	13 Ponto de referência APCEF (CLUBE DOS ECONOMIÁRIOS)					
Dados do Paciente	14 Nome ALBERTINA COSTA SOUSA	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				
	16 Idade 54	1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado 03/11/1968	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Acidente de transporte <input type="checkbox"/> 02 - Agressão física-espancamento <input type="checkbox"/> 03 - Agressão física-FAF <input type="checkbox"/> 04 - Agressão física-FAB <input type="checkbox"/> 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> 07 - Envenenamento <input type="checkbox"/> 08 - Afogamento <input type="checkbox"/> 09 - Queimadura <input type="checkbox"/> 10 - Choque elétrico	11 - Queda <input type="checkbox"/> 12 - Urgência clínica <input type="checkbox"/> 13 - Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> 14 - Transferência <input type="checkbox"/> 15 - Exames complementares	16 - Outros	01	
Acidente de Transporte	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção <input type="checkbox"/> 1 - A pé <input type="checkbox"/> 2 - Automóvel <input type="checkbox"/> 3 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida <input type="checkbox"/> 1 - Automóvel <input type="checkbox"/> 2 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 - Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança		
Exame Físico	23 Glasgow = 5	RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Orientada <input type="checkbox"/> 2 - Confusa <input type="checkbox"/> 3 - Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 4 - Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> 5 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Obedece a comandos <input type="checkbox"/> 2 - Localiza dor <input type="checkbox"/> 3 - Movimento de retirada <input type="checkbox"/> 4 - Flexão anormal <input type="checkbox"/> 5 - Extensão anormal <input type="checkbox"/> 6 - Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 120 Resp. 20 PA 110/70 TAX. 98%	25 Local da lesão	01
	26 Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 5	30 Fratura <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada	31 DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Calor cervical <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	32 - Sospeito de SINISTRO DPVAT 04 JAN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Centro-Norte CEAD, Maracanaú Teresina-PI 04.002-470	
Hospital de Destino						
Observações Interdisciplinar	<p>Vítima de acidente de trânsito, refere dor no quadril, enconcreção no M19. Informa uso de banhado 25g e tenotol 25mg.</p> <p>Assinatura: <i>Albertina</i></p> <p>Socorristas Médico W AE/TE Vitoria Maria Pereira de Souza</p> <p>Enfermeiro Condutor HERMES</p>					

Isável pela recepção
Albertina

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 13:01:17
http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061813011683500000009809824

Número do documento: 20061813011683500000009809824



FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ALBERTINA COSTA GOMES		Prontuário: 419432
Mãe: ROSA LINA MARIA DA CONCEICAO	Pai:	
End. Resid.: RUA GUARACI, 5990 - VILA SAO FRANCISCO - TERESINA - PI - CEP: 64000-060		
Nascimento: 03/11/1968	Idade: 47a:10m:8d	Sexo: Feminino Fone: 86-98162-8103
Responsável: VERONICA JESUS SILVA (NORA)	CNS: 160313690290004	
Profissão: DO LAR	Documento: RG: 1200110 - SSPPI	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 568695	Data: 11/09/2016 19:44:26	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 11/09/16 19:44:26	ESPECIALISTA: Cirurgião
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Suprimento entóxido de hidrogênio	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO
OU: Outro da cir gal	04 JAN 2019
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 11/09/16 19:44:26	Carimbo/Assinatura Solicitante SENTE SEGUROADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-420 Teresina-PI
Suprimento entóxido de hidrogênio	04 JAN 2019
Visita ambulatória	Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 11/09/16 19:44:26	ESPECIALISTA: Dr. Rafael Levi Luchard S. da Cunha
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	Meatoco do Esporte CRM: 3807 - SBOT: 12983 Trauma do Esporte e Artroscopia Cirurgia do Ombro e Cotovelo
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 12/09/16 08:15	Carimbo/Assinatura Solicitante
Der. Luchard.	Dr. Hugo José Sales da Cunha
CRM-PI 3633	Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia e Traumatologia	da Coluna Vertebral
CRM-PI 3633	Prof. Parecer





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIAS

obs

data: 11/09/2016 19:54:04

Unidade: ATUALIZAÇÃO TEIXERA

Função: ENERGIZADAS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> ALBERTINA COSTA GOMES		<u>Prontuário:</u> 419432
<u>Mãe:</u> ROSA LIMA MARIA DA CONCEICAO	<u>Pai:</u>	
<u>End. Resid.:</u> RUA GUARACI, 5990 - VILA SAO FRANCISCO - TERESINA - PI - CEP: 64000-060		
<u>Nascimento:</u> 03/11/1968	<u>Idade:</u> 47a:10m:8d	<u>Sexo:</u> Feminino <u>Fone:</u> 86-98162-8103
<u>Responsável:</u> VERONICA JESUS SILVA (NORA)		<u>CNS:</u> 160313690290004
<u>Profissão:</u> DO LAR		<u>Documento:</u> RG: 1200110 - SSPPI
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Casado(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 568695	<u>Data:</u> 11/09/2016 19:44:26	<u>Condução:</u> PRÓPRIA
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> SUS
<u>Acid. Trab.:</u> Não	<u>Acid. Trajeto:</u> Não	<u>Acid. Trab. Tipico:</u> Não
		<u>CID Secundario:</u> V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma:</u> TRAUMA MAIOR	<u>Evento Principal:</u> Mecanismo do trauma significativo	<u>Destino:</u> CIRURGIÃO GEPAL	<u>Classificação:</u> Laranja
<u>Breve História:</u> ACIDENTE DE MOTO. NEGA TCE. REFER DOPR NA REGIÃO DO OXÍDULO. APRESENTA DOR, DORSAL, COM COLAR CERVICAL E IMORTILIZAÇÃO.		<u>Profissional Clas. Risco:</u> AURICENIA FERNANDES TEIXERA COPEN 166059	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

guedo de moto
nº visões ceras - visões
B exp. reto, tórax exp. nível
C FC = 90bpm, abdome de pressão
D G13, nem dísp. nts
E dor na bacia, no antebraço D

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Log C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

PA ____ x ____ mmHg

Pulso: ____

FC: ____ bpm

Temp: ____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RX tórax, pelve e antebraço

<u>MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:</u>	<u>De Internado, Indique Procedimento e CID:</u>
<u>DATA:</u> / / .	<u>HORA:</u> : .
<u>Procedimento</u>	
<u>CID</u>	

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESÓPOLIS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA

NOME DO PACIENTE	C.º	GEM.	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
							RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
12/01/16	00	Neofame 1ml x 2 e 10% (lenço) Fome 2ml ev	10	10:30			

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 13:01:17
<http://tpj1.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061813011683500000009809824>
Número do documento: 20061813011683500000009809824

Num. 10330865 - Pág. 12

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ALBERTINA COSTA GOMES		Prontuário: 419432
Mãe: ROSA LIMA MARIA DA CONCEICAO	Pai:	
End. Resid.: RUA GUARACI, 5990 - VILA SAO FRANCISCO - TERESINA - PI - CEP: 64000-060		
Nascimento: 03/11/1968	Idade: 47a:10m:8d	Sexo: Feminino Fone: 86-98162-8103
Responsável: VERONICA JESUS SILVA (NORA)	CNS: 160313690290004	
Profissão: DO LAR	Documento: RG: 1200110 - SSPPI	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	
End. Local.: -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 568695	Data: 11/09/2016 19:44:26	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: SUS

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 11/09/2016 19:44:26	ESPECIALISTA: Cirurgião RX
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: suspeita estível hemorragia, RX	

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 11/09/16 19:44:26

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 11/09/16 19:44:26	ESPECIALISTA: Dr. Rafael Levi Lachard S. da Cunha
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	Médico do Esporte CRM: 3807 - SBO: 12983 Trauma do Esporte e Artroscopia Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 11/09/16 19:44:26

Carimbo/Assinatura Parecer
Dr. Hugo Nogueira Soles da Cunha
Ortopedia e Traumatologia
da Coluna Vertebral Proj. Parecer
CRM-PI 3638

PREScrição MÉDICA

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA



ECONOMIC
GROWTH

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 13:01:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061813011683500000009809824>
Número do documento: 20061813011683500000009809824

Num. 10330865 - Pág. 14

Data: 17/07/2018

Nome do Paciente: ALBERTINA FERREIRA COSTA

Médico Solicitante: DURVAL TERCIO NUNES LEAL

Exame: RM JOELHO DIREITO



Código
238649

TÉCNICA: Exame realizado em aparelho de alto campo (1,5 Tesla) nos planos axial, coronal e sagital, ponderadas em T1, T2 e densidade de prótons, com e sem saturação de gordura.

ACHADOS:

- Meniscos com morfologia e intensidade de sinal preservados.
- Ligamentos cruzados e colaterais contínuos e com espessura preservada.
- Tendão do quadriceps e ligamento patelar de espessura e intensidade de sinal habituais.
- Estruturas musculotendíneas sem evidência de anormalidade.
- Estruturas ósseas apresentam corticais integras e intensidade de sinal medular usual.
- Edema do segmento súpero-lateral da gordura de Hoffa e em menor grau do coxim adiposo pré-femoral, por fricção patelo-femoral.
- Leve edema entre o epicôndilo femoral lateral e o trato iliotibial, sugerindo processo inflamatório por fricção.
- Cartilagens articulares com espessura preservada e intensidade de sinal homogênea.
- Ausência de derrame articular significativo.
- Não se identificam coleções líquidas ou lesões tumescentes na fossa poplítea.

CONCLUSÃO:

- Edema do segmento súpero-lateral da gordura de Hoffa e em menor grau do coxim adiposo pré-femoral, por fricção patelo-femoral.
- Leve edema entre o epicôndilo femoral lateral e o trato iliotibial, sugerindo processo inflamatório por fricção.



ALEXANDRE VITOR TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO
CRM: 3678





neurocentro

Nome: ALBERTINA FERREIRA COSTA
Idade: 49 anos
Convênio: SUS
Sexo: Feminino
Solicitante: Dr(a) DURVAL TERCIO NUNES LEAL
Data: 04/07/2018 17:02
Código: 285281.02 RG 1200110 SSP PI
CPF: 66648246391

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBAR

TÉCNICA:

Sagital T2, sagital T1, sagital T2 com supressão de gordura, axial T2.

ACHADOS:

Leve desvio do eixo dorsolombar para esquerda.

Os corpos vertebrais lombares apresentam altura e alinhamento posterior preservado.

Imagem ovalada com hipersinal T2 e T1 na porção posterior paramediana direita do corpo vertebral de L2, com aspecto de hemangioma.

Osteófite marginal anterior em L5.

Os discos intervertebrais D12-L1 a L2-L3 têm altura e intensidade de sinal normal e não exibem projeções ou herniações significativas.

Desidratação dos discos intervertebrais L3-L4 e L4-L5, com projeções discais difusas comprimindo o saco dural, com fissura do anel fibroso na margem posterior dos discos.

O disco intervertebral L5-S1 tem altura e intensidade de sinal normal, com projeção discal posterior paramediana direita tocando o saco dural.

Alterações degenerativas, com osteofitose nas articulações interapofisárias L2-L3 bilateralmente.

Demais articulações interapofisárias sem alterações importantes.

Forames de conjugação livres.

O cone medular é tópico, com calibre e intensidade de sinal normal.

Hipersinal T2 com supressão de gordura nos ligamentos interespinhosos L3-L4 a L5-S1, inferindo lesão.

Musculatura paravertebral posterior lombar de aspecto habitual.

CONCLUSÃO:

Leve desvio do eixo dorsolombar para esquerda.

Hemangioma na porção posterior paramediana direita do corpo vertebral de L2.

Espondilose lombar, discopatia degenerativa L3-L4 e L4-L5, com projeções discais difusas comprimindo o saco dural.

Projeção discal posterior paramediana direita L5-S1 tocando o saco dural.

Artrose nas interapofisárias L2-L3 bilateralmente.

Lesão dos ligamentos interespinhosos L3-L4 a L5-S1.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Dr. Leonardo Augusto Costa Martins
CRM - 3050



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPEITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MOD 007 - HUM



Data 17/07/2018

Nome do Paciente: ALBERTINA FERREIRA COSTA

Médico Solitário DURVAL TERCIO NUNES LEAL

Exame RM JOELHO ESQUERDO

Código
238649

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de alto campo (1,5 Tesla) nos planos axial, coronal e sagital, ponderadas em T1, T2 e densidade de prótons, com e sem saturação de gordura.

ACHADOS:

- Meniscos com morfologia e intensidade de sinal preservados.
 - Ligamentos cruzados e colaterais contínuos e com espessura preservada.
 - Tendo do quadriceps e ligamento patelar de espessura e intensidade de sinal habitual.
 - Estruturas musculotendíneas sem evidência de anormalidade.
 - Estruturas ósseas apresentam corticais integrais e intensidade de sinal medular usual.
 - Edema do segmento supero-lateral da gordura de Hoffa e em menor grau do coxim adiposo pré-femoral, por fricção patelo-femoral.
 - Cartilagens articulares com espessura preservada e intensidade de sinal homogênea.
 - Ausência de derrame articular significativo.
 - Não se identificam coleções líquidas ou lesões tumescentes na fossa poplítea.

CONCLUSÃO

- Edema do segmento súpero-lateral da gordura de Hoffa e em menor grau do coxim adjacente pré-femoral, por fricção patelo-femoral.



ALEXANDRE VÍTOR TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO
CRM: 3678

Conselho de Administração

Quadra 178, Casa 08/07 - Distrito II

Das Foto nimmt die Postbox 456 ein.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



Nome do paciente	ALBERTINA MARIA COSTA	Frontaria	4446969	Nº Cartão SUS	708008340835227
Nome da mãe	ROSA LIMA MARIA DA CONCEIÇÃO				
Nome do pai	JOSE ALBERTINA COSTA	Conselho	1995	Nº da Solicitação	471661
Nome da esposa					

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

TECNICA:

Os corte de tomográficos computadorizados do tórax foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

LAUDO:

Consol de tecido parenquimatoso heterogênea, com focos de calcificação de permeio e contornos ligeiramente irregulares, ocupando os segmentos apical e posterior do lobo superior direito, exibindo extensão hilar e envolvendo os brônquios segmentares do lobo superior do campo pulmonar direito, determinando atelectasia parcial do mesmo. Tal consolidação associa-se espessamento dos septos interlobulares adjacentes, além de apresentar bronquiectasias cilíndricas de permeio, por vezes com paredes espessadas e sinais de impactação mucoide.

Há ainda, opacidades nodulares centrolobulares, com padrão de "árvore em brotamento", dispostas pelo lobo superior direito, sobretudo adjacentes à referida consolidação supracitada, e segmento basal medial do lobo inferior direito, que podem estar relacionadas a acometimento das pequenas vias aéreas.

Espessamento pleuropulmonar à esquerda, associado a traves, estrias e opacidades parenquimatosas irregulares de aspecto fibroatelectásico adjacentes.

Espessamento liso da fissura oblíqua direita. A fissura oblíqua esquerda apresenta focos de espessamento de conformação nodular, medindo até 0,4 cm, inesperados, podendo estar relacionado a linfonodos intrapulmonares.

***** CONTINUA *****

(Folha 1 de 2)

Prontuário	CRM	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Assinatura
PAULA RODRIGUES ALVES	CRM 3610	04 JAN 2019	
18.6.2019		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coimbra de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	

Não pode ser validada



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



Prontuário	4446963	Nº Cartão SUS	708008342835227
Nome	LEONILDA	Nome da Mae	ROSA LIMA MARIA DA CONCEICAO
Conselho	1995	Nº da Solicitação	471661

Micro nódulo subpleural calcificado de aspecto residual, localizado na região medial do segmento superior do lobo inferior direito, medindo 0,2 cm. Linfo-nódulos paratraqueais proeminentes e com áreas centrais hiperdensas, não configurando linfo-nodomegalias (menor eixo axial inferior a 1,0 cm). Não há evidência de derrame pleural.

Imagem cardíaca anatômica.

As estruturas vasculares mediastinais têm calibre e disposição habituais. Trânsito, carina e brônquios principais de calibre e contornos normais. Irregularidades corticais e aparentes fragmentos ósseos adjacentes aos processos espinhosos de D3, D7 e D8 (sequela de fratura prévia? constitucional?).

OPINIÃO:

O conjunto de achados pulmonares é inespecífico. A possibilidade de doença inflamatória / infeciosa (granulomatosa em atividade), pode ser incluída nos diagnósticos diferenciais, sendo necessária correlação com dados clínicos e ocupacionais.

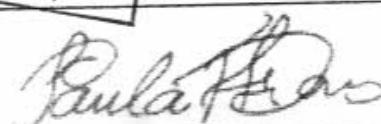
Irregularidades corticais e aparentes fragmentos ósseos adjacentes aos processos espinhosos de D3, D7 e D8 (sequela de fratura prévia? constitucional?).

DR. TAN DE OLIVEIRA SILVA

***** FIM *****

(Folha 2 de 2)




Assinatura

Este documento é visível só na impressão. Não pode ser validada

NOME: **ALBERTINA FERREIRA COSTA**
MÉDICO: **IRACEMA DE MOURA FALCÃO**
NÚMERO: **414001** DATA: **07/11/2018**
FATURA: **4825220**



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA

RELATÓRIO

TÉCNICA:

- Exame realizado em sequências de Spin-echo e Fast spin-echo ponderadas em T1, T2 e Gradiente, com e sem saturação de gordura, em corte multiplanares, sem infusão do meio de contraste paramagnético.

ACHADOS:

- Corpos vertebrais com altura e alinhamento posterior preservados, destacando-se esboços osteofíticos marginais em alguns níveis.
- Depósitos focais de gordura / pequenos hemangiomas nos corpos vertebrais de T5, T9 e T12.
- Elementos dos arcos neurais e processos ósseos com morfologia córtico-esponjosas íntegras.
- Hipo-hidratação do disco intervertebral de T5-T6.
- Abaulamentos discais difusos de T4-T5 e T5-T6 tocando a face ventral do saco dural, sem contato medular ou radicular.
- Demais discos intervertebrais com espessuras e padrões internas de sinais normais.
- Articulações interapofisárias sem anormalidades.
- Cisto perineural no neuroforame direito de T12-L1, alargamento o forame neural e determinando remodelamento ósseo sobre o corpo vertebral de T12, medindo 2,6 x 0,8 x 1,6 cm (CC x AP x CL).
- Demais neuroforames livres e apresentando conteúdos anatômicos.
- Dimensões ósseas do canal raqueano mantidas.
- Espaço liquórico intradural sem anormalidades.
- A medula apresenta espessura e sinal de aspecto habitual.



IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

- Espondilodiscopatia dorsal incipiente.
- Abaulamentos discais difusos de T4-T5 e T5-T6 sem contato medular ou radicular.
- Cisto perineural no neuroforame direito de T12-L1.

Nota: Incidentalmente, observa-se atelectasia segmentar no ápice do pulmão direito.

UFSC - RJ

lhoras.com.br
ID: 91715

Judeci
Luiz Judéci Pereira de Carvalho Júnior

Evaldo Teixeira Nunes
CRM 9145



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 13:01:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181301168350000009809824>
Número do documento: 2006181301168350000009809824

Num. 10330865 - Pág. 21

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Julio Barbosa dos Santos,
RG nº 16 511-103, data de expedição 21/08/1994,
Órgão SSP, portador do CPF nº 013 156 123 56, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Curaci, nº 5930,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Alhestina Ferreira Costa cujo o condutor era
Julio Barbosa dos Santos.

Veículo:

Modelo: Yamaha/Factor YBR 125 K

Ano: 2011

Placa: NI5-7911

Chassi: 9C6KE1520C0085288

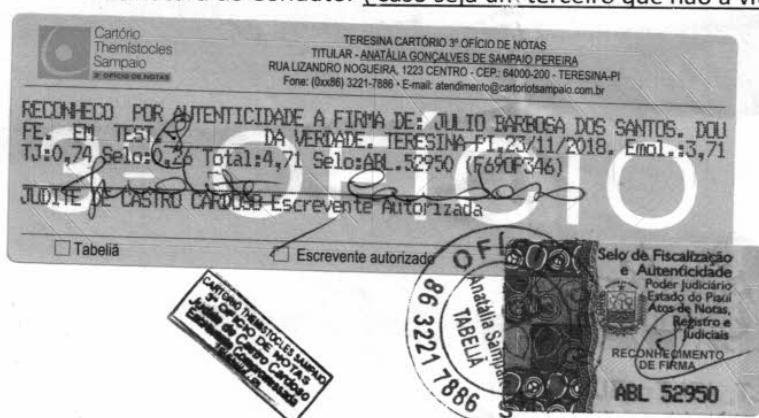
Data do Acidente: 23/09/2016

Local e Data: Teresina - Piauí 23/11/2018



Julio Barbosa dos Santos
Assinatura do Declarante

Julio Barbosa dos Santos
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 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 Nelly Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Albertina Ferreira Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 666.482.463 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Albertina Ferreira Costa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 666.482.463 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os comprovantes de comprobatórios: DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT COMPROVANTE NÃO VERIFICADO

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, 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		Número	Complemento
Bairro	Rua 24 De Janeiro	544	Sala
Email	Cidade	Estado	CEP
		PI	64 000-235
		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
		(86) 3303-4104	(86) 99534-6565



Teresina, 27 de Dezembro de 2018

Local e Data

Nelly Rose Soares Marques

Assinatura do Declarante

01/2017





Dados do Chamado		01 N.º do chamado 1704	02 Data do chamado 31/09/2016	03 PRO (código) 2895	04 Saída do PA 19h	05 Chegada ao local 19h55
Local da Ocorrência		06 Saída do local 19:30	07 Chegada ao 1º. hospital	08 Saída do 1º. hospital	09 Chegada ao 2º. hospital	
Endereço		AV. PRESIDENTE KENNEDY / VISCONDE DA PARAHIBA				
Bairro		PI CARREIRA 5				
Ponto de referência		APCEF (CLUBE DOS ECONOMÁRIOS)				
Dados do Paciente		14 Nome ALBERTINA COSTA 50454	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	12 Município-UF. TERESINA - PI		
Idade		16 54 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado 03/11/1968	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Índices de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência		18 Tipo de ocorrência Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	DEPARTAMENTOS DE SINISTRO DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADA
Acidente de Transporte		02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Outro	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de Segurança Assento para TERESINA-PI	04 JAN 2019
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 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 5 - Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso 120 Resp. 20 PA 110/70 TAX. Sat 98%	25 Local da lesão
Assistência		23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL			
Hospital de Destino		ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 16 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		
Observações Interdisciplinar		26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 Central 0 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	29 Dor 5	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 3 - Leve 7 - Moderada 10 - Intensa	
		28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	Exposta Fechada		
		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	Aspiração Oxigênio Curativos	Prancha longa/curta Calor cervical Kred	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia _____ Acesso Venoso _____ Medicamentos a) b) c)
		32 Hospital de Destino HUT	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte			<input type="checkbox"/> Não Removido
		33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado				
		35 Vítima de acidente de trânsito, refere dor no quadril, escoriações no m7. Informa uso de banheira 25g.				
		CONFERE COM O ORIGINAL <i>Marilia Veloso Cantanhede</i> Gerente Administrativa SAMU				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE	Vitoria Maria Ferreira de Souza COHEN/113011683500000009809824		Enfermeiro Condutor	HERMES



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **11/09/2016** foi socorrida pelo SAMU a Sra. **Albertina Ferreira Costa** vítima de acidente de trânsito tendo sido removida para Hospital de Urgência de Teresina-HUT. Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou colocando na guia de atendimento da mesma o nome da vítima de **Albertina Costa Sousa** ao invés **Albertina Ferreira Costa**.

Gomes

Teresina, 04 de Dezembro 2018.

Marília Veloso Cantanhede
Marília Veloso Cantanhede
Gerente Adm. e Financeira SAMU – THE





CNPJ 27157474000106 - IE 195965574
 Av. Odilon Araújo, 1035, Picanha - CEP 64017-280, Teresina - PI
 Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-319.

TC 1.37
 20181026092443

MATRÍCULA 12050962-8 FATURA Nº 153186025
 MÊS / ANO 10/2018

NOME / ENDEREÇO
 MORADOR ALBERTINA COSTA DE SOUSA
 PROPRIETÁRIO: ALBERTINA FERREIRA COSTA
 RUA GUARACI, 5990-SAO FRANCISCO-TERESINA-PI-cep:64009800

LOCALIZAÇÃO 017-00023-001035 GRUPO 017 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A04L489654

HISTÓRICO DE CONSUMO		ÚDO	FATURADO
MÊS / ANO	TIPO		
09/2018	Media	00	10
08/2018	Media	00	10
07/2018	Media	00	10
06/2018	Media	00	10
05/2018	Media	00	10
04/2018	Media	00	10

DATA LEITURA
 ANTERIOR 25/09/2018 3
 ATUAL 26/10/2018 3

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
 1 Residencial - Normal

CONSUMO MÊS M³ 10 LEI 12.741/2012
 PIS/PASEP 26,51 x 1,65% = 0,43
 COFINS 26,51 x 7,65% = 2,01

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

TABELA DE TARIFAS	
RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$ / M ³ E (%)
0 10	2,6518 50
10 25	4,9488 50
25 9999999	8,5398 50

VALOR REFERENTE ÁGUA - 26,51
 > Residencial-Normal 10,0 m³ 26,51

NÃO RESIDENCIAL	
FAIXA DE CONSUMO R\$ / M ³ E (%)	

VENCIMENTO 07/11/2018 TOTAL A PAGAR 26,51

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
 NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 3 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 Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.120	3.114	6	1,37	0,20-5,00 mg/l
COR APARENTE	3.072	3.032	40	5,94	Inferior a 15,00
PH	3.096	3.039	57	6,87	6,00-9,50
TURBIDEZ	3.122	3.096	26	1,04	Inferior a 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)					
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	914	910	4	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COLI	914	914	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 26/10/2018 HORA DA EMISSÃO: 09:24

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

TC 1.37
 20181026092443

ÁGUAS DE
TERESINA

MATRÍCULA 12050962-8

FATURA Nº 153186025
 MÊS / ANO 10/2018

VENCIMENTO

07/11/2018

VALOR A PAGAR

26,51



Declaração de Quitação Anual de Débitos

Prezado Cliente,
 Data: 12.007/09,



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004070/2018-32

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 26/11/2018 - 17:27

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável	Data/Hora
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO	11/09/2016 - 18:30
Tipo Local	
VIA PÚBLICA	
Município	Bairro
TERESINA	PIÇARREIRA
Endereço	
AV. PRESIDENTE KENNEDY, Nº:	
Complemento	Ponto de Referência
	APCEF

496250

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ALBERTINA FERREIRA COSTA (50 ANOS)	Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
RG: 1200110 SSP PI	
Mãe: ROSA LINA MARIA DA CONCEIÇÃO	
Endereço: RUA GUARACI, Nº 5990	
Bairro: VILA SÃO FRANCISCO NORTE	
Cidade: TERESINA	



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO COMO PASSAGEIRA DE UMA MOTO YAMAHA/FACTOR YBR125 K, COR VERMELHA, PLACA NIS-7911-PI, DE PROPRIEDADE DE JULIO BARBOSA DOS SANTOS E CONDUZIDA POR ESTE, QUANDO AO PASSAR POR SEMÁFORO SINALIZANDO A COR AMARELA, FOI ATINGIDO POR UM AUTOMÓVEL QUE SE EVADIU DO LOCAL; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT (PRONTUÁRIO 419432). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE.

Francileude Lima
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Albertina Ferreira Costa
ALBERTINA FERREIRA COSTA (50 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 13:01:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181301168350000009809824>
Número do documento: 2006181301168350000009809824

Num. 10330865 - Pág. 31

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020826/19

Vítima: ALBERTINA FERREIRA COSTA

CPF: 666.482.463-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/09/2016

Titular do CPF: ALBERTINA FERREIRA COSTA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ALBERTINA FERREIRA COSTA : 666.482.463-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/01/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 13:01:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061813011683500000009809824>
Número do documento: 20061813011683500000009809824

Num. 10330865 - Pág. 32

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Albertina Ferreira Costa
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Divorciada
Identidade: 1.200 110
CPF: 666.882.863-91
Profissão: Autônoma
Endereço: Rua Guanabá 5990 S. Francisco
CEP: 64.009 800
Telefone: (186) 3303-4104 99401-2688 99534-6565

OUTORGADO:

Nome: Yelle Reze Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.119.262
CPF: 840.173.173-91
Profissão: Recepcionista
Endereço: Rua 26 de Janeiro 500
CEP: 64.000-235
Telefone: (64) 99534-6565 99401

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Av. Coimbra de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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 pericia 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: Albertina Ferreira Costa

Termina 22/11/18

Local data

Albertina Fagieira costa

Assinatura do OUTORGANTE

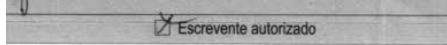
(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (086) 3221-7886 - E-mail: atendimentocartorio@cartorio3sampaio.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ALBERTINA FERREIRA COSTA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 22/11/2018. Emol.: 3,71
LI: 0,74 Selos: 0,24 Total: 4,71 Selos: 0H - 52157 (55108545)

Indicate Cost



Eu Albertina Ferreira Costa
RG 1200110 CPF: 666.482-463-91 Resido
na Rua Guaraci 5990 São Francisco
Teresina Piauí. Sofriu um acidente
de trânsito em 11/09/16 e até hoje
estou sequelada. Evolução negaram
meu processo eu não aceito a
negativa, pois o médico não chegou
a mim avaliar, então pesei uma
perícia médica para que eu tenha o
direito de contar o que sinto. por
favor. fico no aguardo.

Teresina Piauí 17/01/19.



Albertina Ferreira Costa



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **11/09/2016** foi socorrida pelo SAMU a Sra. **Albertina Ferreira Costa** vítima de acidente de trânsito tendo sido removida para Hospital de Urgência de Teresina-HUT. Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou colocando na guia de atendimento da mesma o nome da vítima de **Albertina Costa Sousa** ao invés **Albertina Ferreira Costa**.

Gomes

Teresina, 04 de Dezembro 2018.



Marilia Veloso Cantanhede
Gerente Adm. e Financeira SAMU - THE

Rua Coronel Luis Ferraz, 3390. Bairro Macaúba.
Teresina-PI. CEP 64016-055
CNPJ 17.577.205/0013-70



86 3218 - 2880



fht.samu@teresina.pi.gov.br

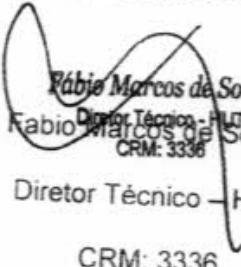


DECLARAÇÃO

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 11/09/2016 do (a) paciente ALBERTINA FERREIRA COSTA o(s) seguinte (s) dado(s) abaixo:

1-Nome: onde consta ALBERTINA COSTA GOMES para ALBERTINA FERREIRA COSTA

Teresina, 26 de dezembro de 2018


Fabio Marcos de Sousa
Diretor Técnico - HUT
CRM: 3336
Diretor Técnico - HUT
CRM: 3336



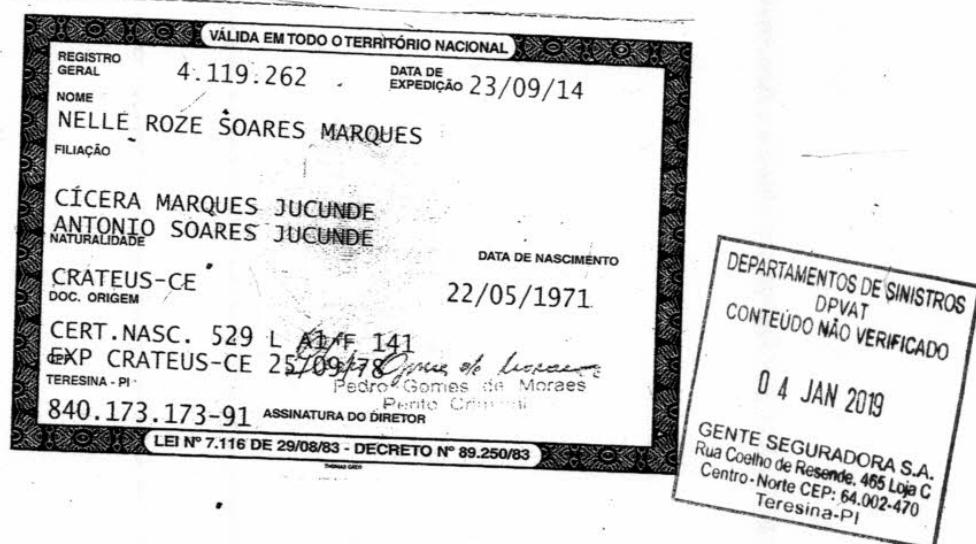
Rua Otto Tito, 1820, Bairro Recenção,
Teresina-PI, CEP 64017-775.
CNPJ 17.577.106/0006-03



86 3218-5199

 diretoriageralhut@gmail.com





Dra. Fabíola Veras
CRM. 2374

REUMATOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA

AMESTRASE MÉDICO

Atende, pouco os devidos fins, que a
Sra. Alcina Ferreira Costa, foi vítima
de acidente de trânsito, resultando óssea em
Cervical torácica (coluna) e em pélvis,
submetendo-se à tratamento cirúrgico com
remoção, evidenciando com os crônicos
em Cervical torácica e em pélvis de
muito e permanente, com instalação per-
manente, apresentando perda fun-
cionais ativa, apresentando perda fun-
cionais de 60%.

06/01/19



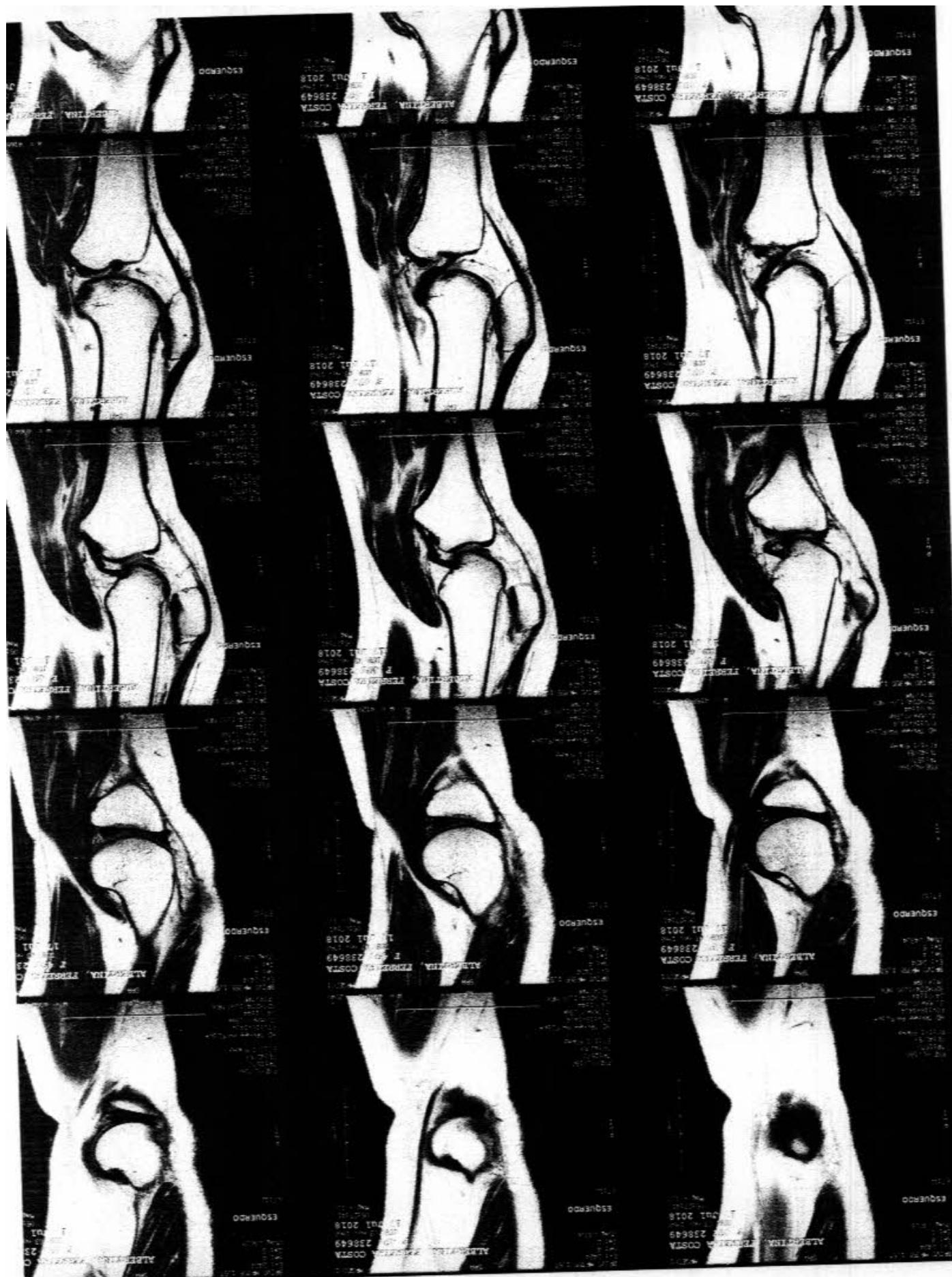
Dra Fabíola Ferreira H. Veras
Clínica Médica/Reumatologia
CRM 2374

MEDICARCI Rua Lisandro Nogueira, 2042 - Centro | Fone: 3301-4343 • 3221-1009



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 13:01:17
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181301168350000009809824>
Número do documento: 2006181301168350000009809824

Num. 10330865 - Pág. 38



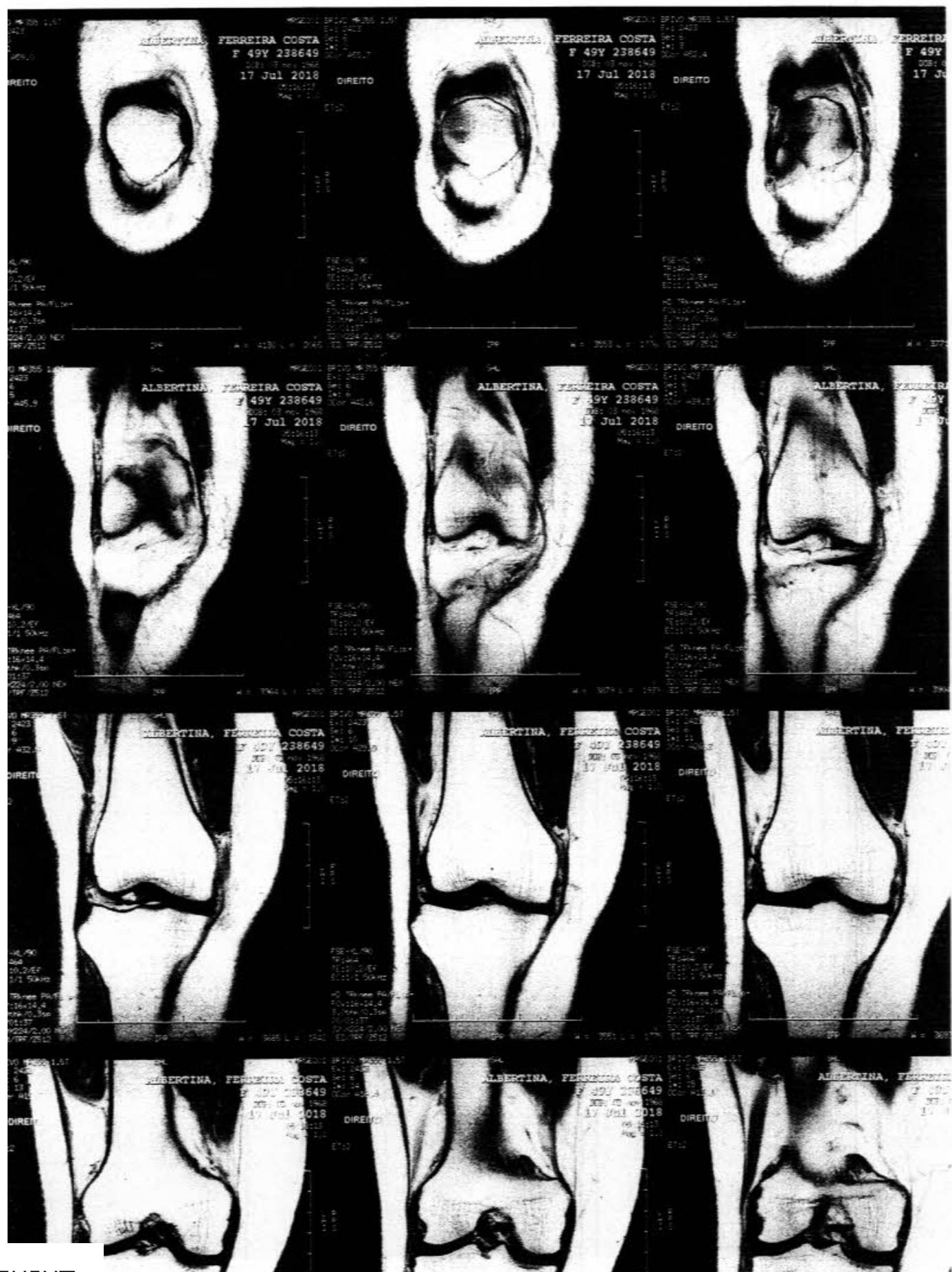
medicina digitalizada dinâmica
LINIMAGEM

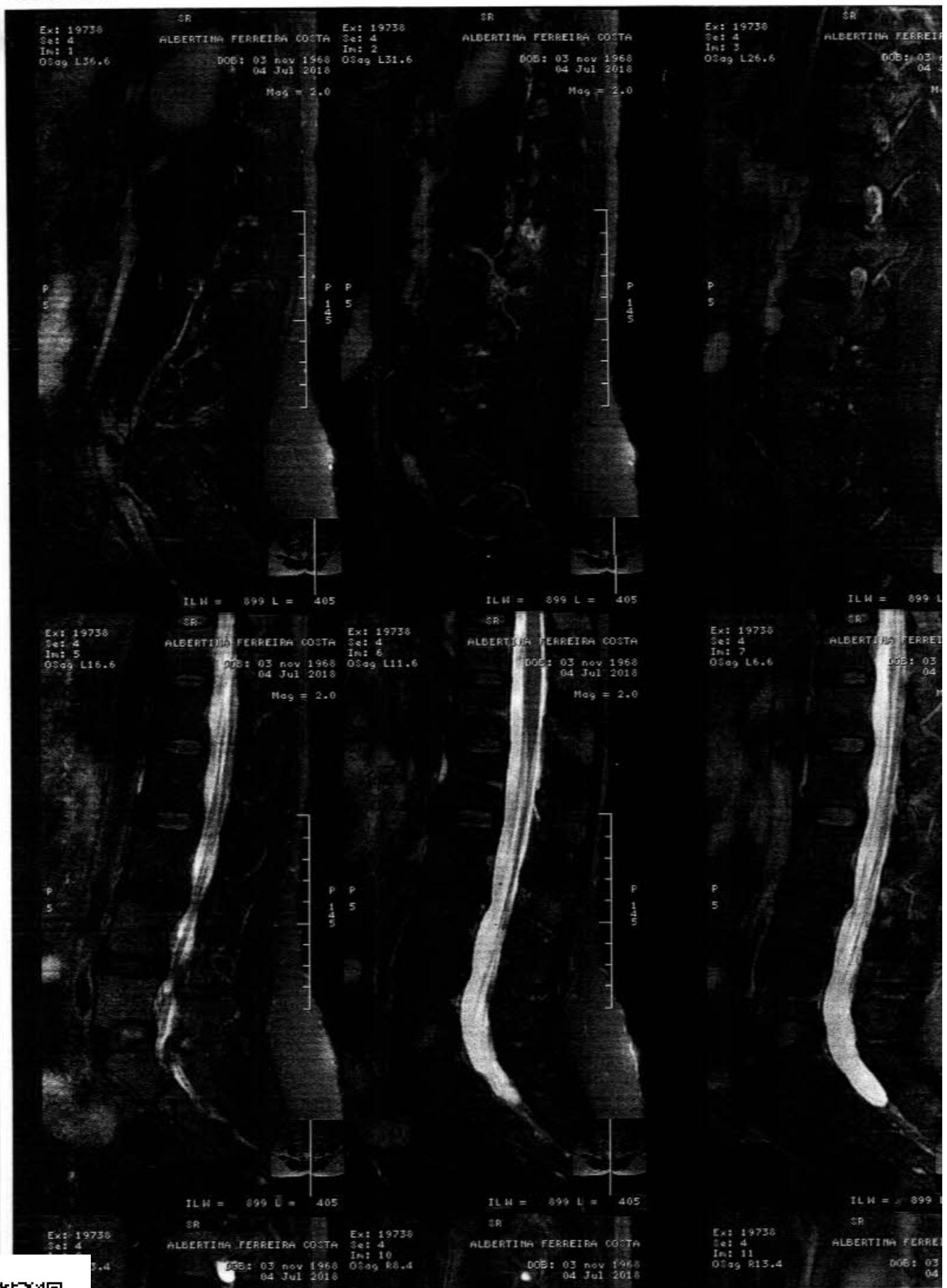


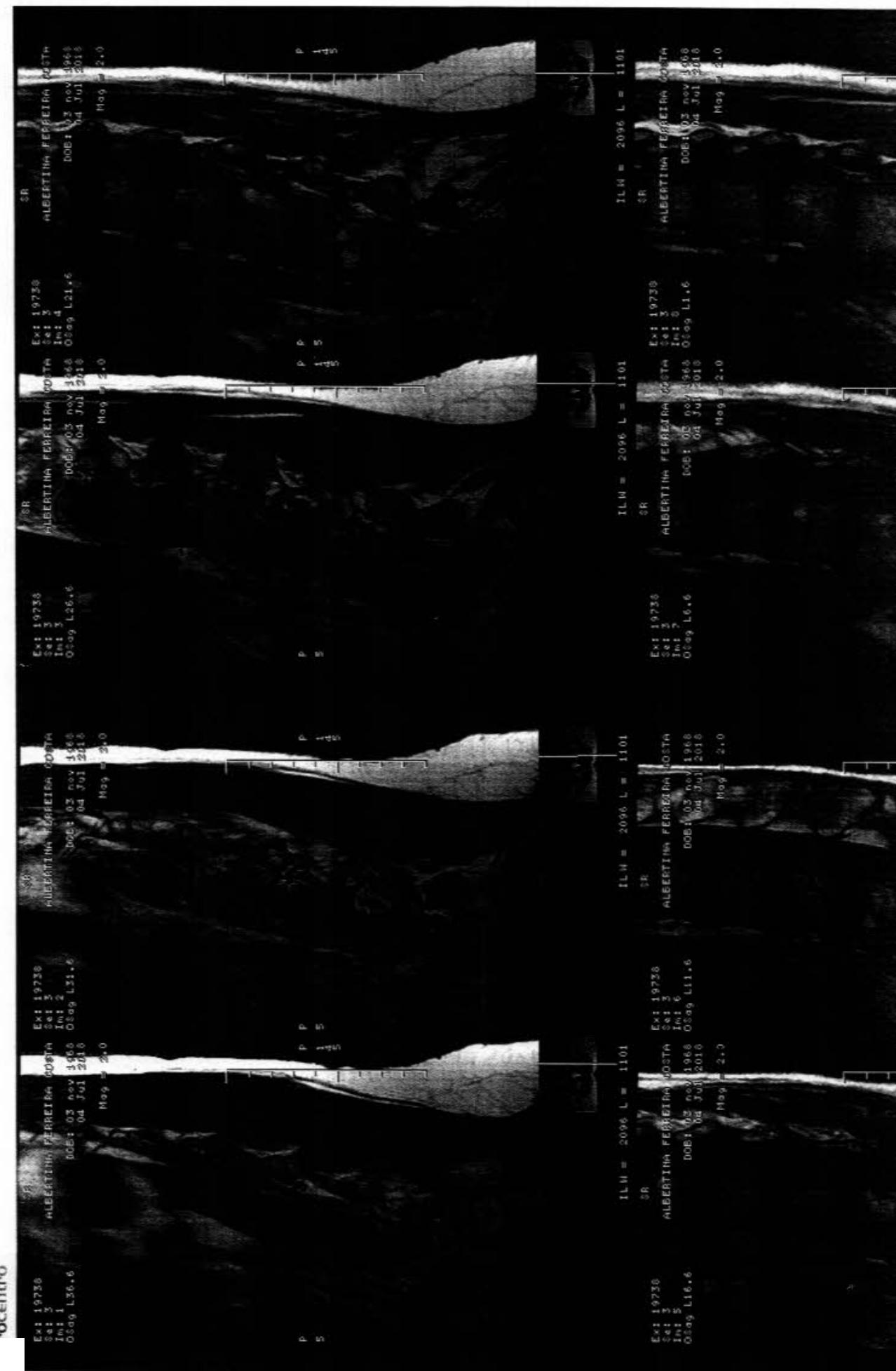
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 13:01:17

<http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061813011683500000009809824>

Número do documento: 20061813011683500000009809824









Segurança em Diagnósticos Médicos

www.udi24horas.com.br



(86) 4009-1715
(86) 3214-8800

Albertina Ferreira Costa
50A Feminino 414001
Nº aces 4825220
SI.3
Desc. do estudo: RM COLUNA TORACICA
Desc. da série: SAG T2 FSE
< 8 - 3 >

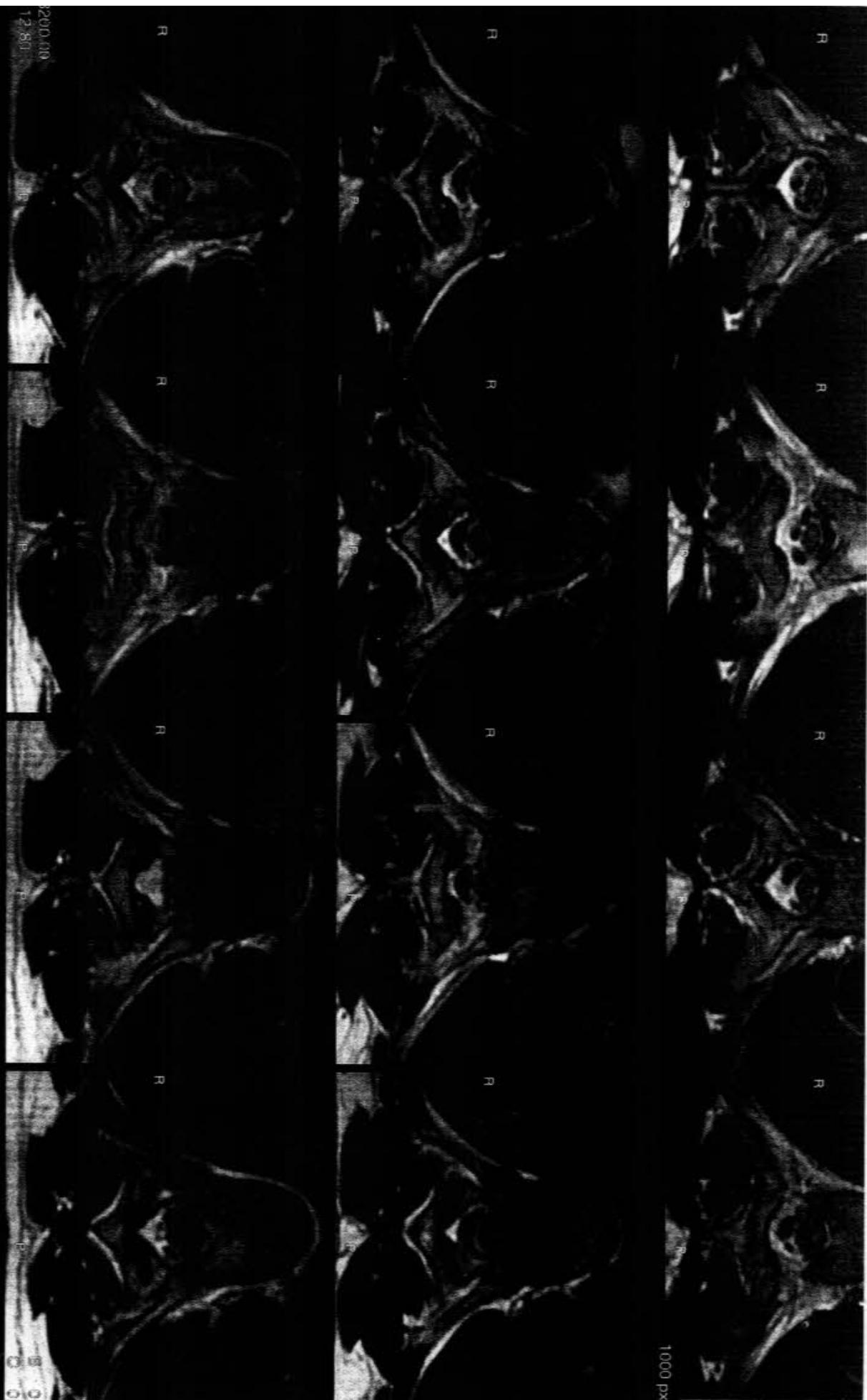
UDI 24 HORAS
[07/11/2018 14:58:48]



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 13:01:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061813011683500000009809824>
Número do documento: 20061813011683500000009809824

Num. 10330865 - Pág. 43









Dados do Chamado	01 N°. do chamado 1704	02 Data do chamado 11/09/2016	03 PRO (órgão) 2895	04 Saída do PA 19h	05 Chegada ao local 19:15					
Local da Ocorrência	06 Saída do local 19:30	07 Chegada ao 1º. hospital	08 Saída do 1º. hospital	09 Chegada ao 2º. hospital						
Dados do Paciente	10 Endereço AV. PRESIDENTE KENNEDY / VISCONDE DA PARNAÍBA	11 Bairro PI CARREGIRA I	12 Município-UF. TELESFINA - PI	Código IBGE						
	13 Ponto de referência APCEF (CLUBE DOS ECONOMÍSTAS)									
Dados do Paciente	14 Nome ALBERTINA COSTA SOUZA	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado								
	16 Idade 47	1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado 03/11/1968	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência HUT					DEPARTAMENTOS DE CONTEÚDO NÃO VER				
Acidente de Transporte	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 17 - Já removido 18 - Falso chamado	01 JAN 2019					
	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção <input checked="" type="checkbox"/> 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Cinto de Segurança <input checked="" type="checkbox"/> Assento para Motocicleta <input checked="" type="checkbox"/> Terceira-P						
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VÉRBAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso 120 Resp. 20 PA 110/70 TAX. Set2 98%	25 Local da lesão					
	26 Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 5 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10						
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Calor cervical <input type="checkbox"/> Kred	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	35 Glicemia _____ Acesso Venoso _____ Medicamentos a) b) c)					
Hospital de Destino					<input type="checkbox"/> Não Removido					
Observações Interdisciplinar	<p>Vítima de acidente de trânsito, refere dor no quadril, escorregões no m7. Informa uso de amitriptilina 25mg, atenolol 25mg.</p> <p>CONFERE COM O ORIGINAL <i>Marilia Veloso Cantanhede</i> Marilia Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU</p>									

Vítima de acidente de trânsito, refere dor no quadril esquerdo há 17j. Informa uso de banheira 25j anterior 25j.

CONFERE COM O ORIGINAL
Marilia Veloso Cantanhede
Marilia Veloso Cantanhede
Assessora Administrativa SAM/

卷之三

**Socomistas
Médicos**

Mátria Maria Pereira de Sousa

1000

Enfermeiro _____





NOME DO PACIENTE: Allex Van Cava Gomes
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 41432

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





Dados do Chamado	01 N°. do chamado 1704	02 Data do chamado 15/09/2016	03 PRO (código) 2895	04 Saída do PA 19h	05 Chegada ao local 19h55	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 19:30	07 Chegada ao 1º. hospital	08 Saída do 1º. hospital	09 Chegada ao 2º. hospital		
	10 Endereço AV. PRESIDENTE KENNEDY / VISCONDE DA PARNAÍBA	11 Bairro PI CARREIRA 5	12 Município-UF. TERESINA - PI	Código IBGE		
	13 Ponto de referência APCEF (CLUBE DOS ECONOMIÁRIOS)					
Dados do Paciente	14 Nome ALBERTINA COSTA SOUSA	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				
	16 Idade 54	1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado 03/11/1968	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Acidente de transporte <input type="checkbox"/> 02 - Agressão física-espancamento <input type="checkbox"/> 03 - Agressão física-FAF <input type="checkbox"/> 04 - Agressão física-FAB <input type="checkbox"/> 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> 07 - Envenenamento <input type="checkbox"/> 08 - Afogamento <input type="checkbox"/> 09 - Queimadura <input type="checkbox"/> 10 - Choque elétrico	11 - Queda <input type="checkbox"/> 12 - Urgência clínica <input type="checkbox"/> 13 - Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> 14 - Transferência <input type="checkbox"/> 15 - Exames complementares	16 - Outros	01	
Acidente de Transporte	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Pedestre <input type="checkbox"/> 2 - Condutor <input type="checkbox"/> 3 - Passageiro <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção <input type="checkbox"/> 1 - A pé <input type="checkbox"/> 2 - Automóvel <input type="checkbox"/> 3 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida <input type="checkbox"/> 1 - Automóvel <input type="checkbox"/> 2 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 - Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança		
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Orientada <input type="checkbox"/> 2 - Confusa <input type="checkbox"/> 3 - Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 4 - Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> 5 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> 6 - Obeedece a comandos <input type="checkbox"/> 5 - Localiza dor <input type="checkbox"/> 4 - Movimento de retirada <input type="checkbox"/> 3 - Flexão anormal <input type="checkbox"/> 2 - Extensão anormal <input type="checkbox"/> 1 - Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 120 Resp. 20 PA 110/70 TAX. 98%	25 Local da lesão	12
	26 Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Igualas <input type="checkbox"/> 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 5	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada 2 - Não	31 DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Calor cervical <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	32 - Suspeito de GENTE SEGURADORA S.A. Centro-Norte CEAD, Maracanaú Teresina-PI 04.002-470	
Hospital de Destino	Vítima de acidente de trânsito, refere dor no quadril, enconcreção no M19. Informa uso de banhado 25g e teofilol 25mg.					
Observações Interdisciplinar						
	Socorristas Médico AE/TE Victória Maria Pereira de Souza	Enfermeiro Condutor HERMES				
	Disponível pela recepção Victória Maria Pereira de Souza					



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIAS

obs

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> ALBERTINA COSTA GOMES	<u>Prontuário:</u> 419432
<u>Mãe:</u> ROSA LIMA MARIA DA CONCEICAO	<u>Pai:</u>
<u>End. Resid.:</u> RUA GUARACI, 5990 - VILA SAO FRANCISCO - TERESINA - PI - CEP: 64000-060	
<u>Nascimento:</u> 03/11/1968	<u>Idade:</u> 47a:10m:8d
<u>Responsável:</u> VERONICA JESUS SILVA (NORA)	<u>Sexo:</u> Feminino <u>Fone:</u> 86-98162-8103
<u>Profissão:</u> DO LAR	<u>CNS:</u> 160313690290004
<u>G. Instrução:</u> Não informado	<u>Documento:</u> RG: 1200110 - SSPPI
<u>End. Local.:</u> - - -	<u>E.Civil:</u> Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 568695	<u>Data:</u> 11/09/2016 19:44:26	<u>Condução:</u> PRÓPRIA
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S
<u>Acid. Trab.:</u> Não	<u>Acid. Trajeto:</u> Não	<u>Acid. Trab. Tipico:</u> Não
		<u>CID Secundario:</u> V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma:</u> TRAUMA MAIOR	<u>Evento Principal:</u> Mecanismo do trauma significativo	<u>Destino:</u> CIRURGIÃO GEPAL	<u>Classificação:</u> Laranja
<u>Breve História:</u> ACIDENTE DE MOTO. NEGA TCE. REFER DOPR NA REGIÃO DO OXÍDULO. APRESENTA DOR NO OXÍDULO, COM COLAR CERVICAL E IMORTILIZAÇÃO.		<u>Profissional Clas. Risco:</u> AURICENIA FERNANDES TEIXERA COPEN 166059 Em: 11/09/2016 19:54:03	

<u>DADOS CLÍNICOS:</u> (Hora: ____ : ____)		<u>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS</u> OPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO	
<p>guedo de moto nº ossos碎裂 3 luxação, tórax expõivel C FC= 90bpm, abdome deprimível D G13, nem deprimível E dor no bocio, no antebraço D</p>		<p>04 JAN 2019</p> <p>GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Log C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p>	
PA ____ mmHg	P脉搏: ____	FC: ____ bpm	Temp: ____
Diagnóstico: luxação		CID: ____	

<u>CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:</u> RX tórax, pelve e antebraço		<u>De Internado, Indique Procedimento e CID</u>	
<u>DATA:</u> / / .	<u>HORA:</u> : .	<u>Procedimento</u>	<u>CID</u>

Antônio Verônico de Jesus
Assinatura Paciente ou Responsável

Elizabeth de Oliveira Cavalcante
Assinatura - Profissional Médico





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESÓPOLIS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA

NOME DO PACIENTE	C.º	GEM.	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
							RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
12/01/16	00	Neofame 1ml x 2 e 1000ml (Renzo)					



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Avenida Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Data: 11/09/2016 19:54:17
Assinatura: TEIXEIRA

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ALBERTINA COSTA GOMES		Prontuário: 419432
Mãe: ROSA LIMA MARIA DA CONCEICAO	Pai:	
End. Resid.: RUA GUARACI, 5990 - VILA SAO FRANCISCO - TERESINA - PI - CEP: 64000-060		
Nascimento: 03/11/1968	Idade: 47a:10m:8d	Sexo: Feminino Fone: 86-98162-8103
Responsável: VERONICA JESUS SILVA (NORA)	CNS: 160313690290004	
Profissão: DO LAR	Documento: RG: 1200110 - SSPPI	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	
End. Local.: -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 568695	Data: 11/09/2016 19:44:26	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: SUS

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 11/09/2016 19:44:26	ESPECIALISTA: Cirurgião RX
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: suspeita estível hemorrágico, RX	

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora:

11/09/2016 19:44:26

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 11/09/2016 19:44:26

ESPECIALISTA:

Dr. Rafael Levi Louchard S. da Cunha

Médico do Esporte

CRM: 3807 - SBO: 12983

Trauma do Esporte e Artroscopia

Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Carimbo/Assinatura Solicitante

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro-Norte CEP: 64.002-470

Teresina-PI

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 11/09/2016 19:44:26

Dr. Hugo Soárez Soárez Soárez Soárez

Ortopedia e Traumatologia

da Coluna Vertebral

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
Dr. Hugo Soárez Soárez Soárez Soárez
Ortopedia e Traumatologia
da Coluna Vertebral
CRM-PI 3638

PREScrição MÉDICA

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA



UNIVERSITY
OF TORONTO

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 13:01:17
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061813011683500000009809824>
Número do documento: 20061813011683500000009809824

Num. 10330865 - Pág. 54

Data: 17/07/2018

Nome do Paciente: ALBERTINA FERREIRA COSTA

Médico Solicitante: DURVAL TERCIO NUNES LEAL

Exame: RM JOELHO DIREITO



Código
238649

TÉCNICA: Exame realizado em aparelho de alto campo (1,5 Tesla) nos planos axial, coronal e sagital, ponderadas em T1, T2 e densidade de prótons, com e sem saturação de gordura.

ACHADOS:

- Meniscos com morfologia e intensidade de sinal preservados.
- Ligamentos cruzados e colaterais contínuos e com espessura preservada.
- Tendão do quadriceps e ligamento patelar de espessura e intensidade de sinal habituais.
- Estruturas musculotendíneas sem evidência de anormalidade.
- Estruturas ósseas apresentam corticais integras e intensidade de sinal medular usual.
- Edema do segmento súpero-lateral da gordura de Hoffa e em menor grau do coxim adiposo pré-femoral, por fricção patelo-femoral.
- Leve edema entre o epicôndilo femoral lateral e o trato iliotibial, sugerindo processo inflamatório por fricção.
- Cartilagens articulares com espessura preservada e intensidade de sinal homogênea.
- Ausência de derrame articular significativo.
- Não se identificam coleções líquidas ou lesões tumescentes na fossa poplítea.

CONCLUSÃO:

- Edema do segmento súpero-lateral da gordura de Hoffa e em menor grau do coxim adiposo pré-femoral, por fricção patelo-femoral.
- Leve edema entre o epicôndilo femoral lateral e o trato iliotibial, sugerindo processo inflamatório por fricção.



ALEXANDRE VITOR TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO
CRM: 3678





neurocentro

Nome: ALBERTINA FERREIRA COSTA
Idade: 49 anos
Convênio: SUS
Sexo: Feminino
Solicitante: Dr(a) DURVAL TERCIO NUNES LEAL
Data: 04/07/2018 17:02
Código: 285281.02 RG 1200110 SSP PI
CPF: 66648246391

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBAR

TÉCNICA:

Sagital T2, sagital T1, sagital T2 com supressão de gordura, axial T2.

ACHADOS:

Leve desvio do eixo dorsolombar para esquerda.

Os corpos vertebrais lombares apresentam altura e alinhamento posterior preservado.

Imagem ovalada com hipersinal T2 e T1 na porção posterior paramediana direita do corpo vertebral de L2, com aspecto de hemangioma.

Osteófite marginal anterior em L5.

Os discos intervertebrais D12-L1 a L2-L3 têm altura e intensidade de sinal normal e não exibem projeções ou herniações significativas.

Desidratação dos discos intervertebrais L3-L4 e L4-L5, com projeções discais difusas comprimindo o saco dural, com fissura do anel fibroso na margem posterior dos discos.

O disco intervertebral L5-S1 tem altura e intensidade de sinal normal, com projeção discal posterior paramediana direita tocando o saco dural.

Alterações degenerativas, com osteofitose nas articulações interapofisárias L2-L3 bilateralmente.

Demais articulações interapofisárias sem alterações importantes.

Forames de conjugação livres.

O cone medular é tópico, com calibre e intensidade de sinal normal.

Hipersinal T2 com supressão de gordura nos ligamentos interespinhosos L3-L4 a L5-S1, inferindo lesão.

Musculatura paravertebral posterior lombar de aspecto habitual.

CONCLUSÃO:

Leve desvio do eixo dorsolombar para esquerda.

Hemangioma na porção posterior paramediana direita do corpo vertebral de L2.

Espondilose lombar, discopatia degenerativa L3-L4 e L4-L5, com projeções discais difusas comprimindo o saco dural.

Projeção discal posterior paramediana direita L5-S1 tocando o saco dural.

Artrose nas interapofisárias L2-L3 bilateralmente.

Lesão dos ligamentos interespinhosos L3-L4 a L5-S1.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Dr. Leonardo Augusto Costa Martins
CRM - 3050



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPEITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MOD 007 - HDT



Date 17/07/2018

Nome do Paciente: ALBERTINA FERREIRA COSTA

Médico Solitário DURVAL TERCIO NUNES LEAL

Exame RM JOELHO ESQUERDO

Código
238649

TECNICA:

Exame realizado em aparelho de alto campo (1,5 Tesla) nos planos axial, coronal e sagital, ponderadas em T1, T2 e densidade de prótons, com e sem saturação de gordura.

ACHADOS:

- ACHADOS:**

 - Meniscos com morfologia e intensidade de sinal preservados.
 - Ligamentos cruzados e colaterais continuos e com espessura preservada.
 - Tendão do quadríceps e ligamento patelar de espessura e intensidade de sinal habituals.
 - Estruturas musculotendineas sem evidência de anormalidade.
 - Estruturas ósseaas apresentam corticais integras e intensidade de sinal medular usual.
 - Edema do segmento supero-lateral da gordura de Hoffa e em menor grau do coxim adiposo pré-femoral, por fricção patelo-femoral.
 - Cartilagens articulares com espessura preservada e intensidade de sinal homogênea.
 - Ausência de derrame articular significativo.
 - Não se identificam colecões líquidas ou lesões tumescentes na fossa poplítea.

CONCLUSÃO

- Edema do segmento súpero-lateral da gordura de Hoffa e em menor grau do coxim adjacente pré-femoral, por fricção patelo-femoral.



ALEXANDRE VÍTOR TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO
CRM: 3678

Conselho de Administração

Quadrado 178 - Censo 08/07 - Distrito II

Das Das Birne da Fester AEE Centra



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



Nome do paciente	ALBERTINA MARIA COSTA	Frontaria	4446969	Nº Cartão SUS	708008340835227
Nome da mãe	ROSA LIMA MARIA DA CONCEIÇÃO				
Nome do pai	JOSE ALBERTINA COSTA	Conselho	1995	Nº da Solicitação	471661
Nome da esposa					

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

TECNICA:

Os corte de tomográficos computadorizados do tórax foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

LAUDO:

Consol de tecido parenquimatoso heterogênea, com focos de calcificação de permeio e contornos ligeiramente irregulares, ocupando os segmentos apical e posterior do lobo superior direito, exibindo extensão hilar e envolvendo os brônquios segmentares do lobo superior do campo pulmonar direito, determinando atelectasia parcial do mesmo. Tal consolidação associa-se espessamento dos septos interlobulares adjacentes, além de apresentar bronquiectasias cilíndricas de permeio, por vezes com paredes espessadas e sinais de impactação mucoide.

Há ainda, opacidades nodulares centrolobulares, com padrão de "árvore em brotamento", dispostas pelo lobo superior direito, sobretudo adjacentes à referida consolidação supracitada, e segmento basal medial do lobo inferior direito, que podem estar relacionadas a acometimento das pequenas vias aéreas.

Espessamento pleuropulmonar à esquerda, associado a traves, estrias e opacidades parenquimatosas irregulares de aspecto fibroatelectásico adjacentes.

Espessamento liso da fissura oblíqua direita. A fissura oblíqua esquerda apresenta focos de espessamento de conformação nodular, medindo até 0,4 cm, inesperados, podendo estar relacionado a linfonodos intrapulmonares.

***** CONTINUA *****

(Folha 1 de 2)

Prontuário	CRM	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Assinatura
PAULA RODRIGUES ALVES	CRM 3610	04 JAN 2019	
18.6.2019		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coimbra de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	

Não pode ser validada



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



Prontuário	4446963	Nº Cartão SUS	708008342835227
Nome do Paciente	ROSA LIMA MARIA DA CONCEICAO		
Sexo	Female	Conselho	1995
Nº da Solicitação	471661		

Micro nódulo subpleural calcificado de aspecto residual, localizado na região medial do segmento superior do lobo inferior direito, medindo 0,2 cm. Linfo-nódulos paratraqueais proeminentes e com áreas centrais hiperdensas, não configurando linfo-nodomegalias (menor eixo axial inferior a 1,0 cm). Não há evidência de derrame pleural.

Imagem cardíaca anatômica.

As estruturas vasculares mediastinais têm calibre e disposição habituais. Trânsito, carina e brônquios principais de calibre e contornos normais. Irregularidades corticais e aparentes fragmentos ósseos adjacentes aos processos espinhosos de D3, D7 e D8 (sequela de fratura prévia? constitucional?).

OPINIÃO:

O conjunto de achados pulmonares é inespecífico. A possibilidade de doença inflamatória / infeciosa (granulomatosa em atividade), pode ser incluída nos diagnósticos diferenciais, sendo necessária correlação com dados clínicos e ocupacionais.

Irregularidades corticais e aparentes fragmentos ósseos adjacentes aos processos espinhosos de D3, D7 e D8 (sequela de fratura prévia? constitucional?).

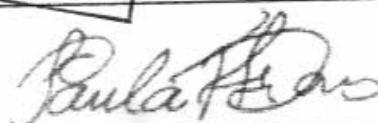
DR. TAN DE OLIVEIRA SILVA

***** FIM *****

(Folha 2 de 2)



CRM 3610



Assinatura

Este documento é visível só na impressão. Não pode ser validada

NOME: **ALBERTINA FERREIRA COSTA**
MÉDICO: **IRACEMA DE MOURA FALCÃO**
NÚMERO: **414001** DATA: **07/11/2018**
FATURA: **4825220**



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA

RELATÓRIO

TÉCNICA:

- Exame realizado em sequências de Spin-echo e Fast spin-echo ponderadas em T1, T2 e Gradiente, com e sem saturação de gordura, em corte multiplanares, sem infusão do meio de contraste paramagnético.

ACHADOS:

- Corpos vertebrais com altura e alinhamento posterior preservados, destacando-se esboços osteofíticos marginais em alguns níveis.
- Depósitos focais de gordura / pequenos hemangiomas nos corpos vertebrais de T5, T9 e T12.
- Elementos dos arcos neurais e processos ósseos com morfologia córtico-esponjosas íntegras.
- Hipo-hidratação do disco intervertebral de T5-T6.
- Abaulamentos discais difusos de T4-T5 e T5-T6 tocando a face ventral do saco dural, sem contato medular ou radicular.
- Demais discos intervertebrais com espessuras e padrões internas de sinais normais.
- Articulações interapofisárias sem anormalidades.
- Cisto perineural no neuroforame direito de T12-L1, alargamento o forame neural e determinando remodelamento ósseo sobre o corpo vertebral de T12, medindo 2,6 x 0,8 x 1,6 cm (CC x AP x CL).
- Demais neuroforames livres e apresentando conteúdos anatômicos.
- Dimensões ósseas do canal raqueano mantidas.
- Espaço liquórico intradural sem anormalidades.
- A medula apresenta espessura e sinal de aspecto habitual.



IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

- Espondilodiscopatia dorsal incipiente.
- Abaulamentos discais difusos de T4-T5 e T5-T6 sem contato medular ou radicular.
- Cisto perineural no neuroforame direito de T12-L1.

Nota: Incidentalmente, observa-se atelectasia segmentar no ápice do pulmão direito.

UFSC - 100%

lhoras.com.br
IDNS 1715

Judeci
Luiz Judéci Pereira de Carvalho Júnior

Evaldo Teixeira Nunes
CRM 9145





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.	
REGISTRO GERAL	1.200.110
NOME	ALBERTINA FERREIRA COSTA
FILIAÇÃO	ROSSA LIMA MARIA DA CONCEIÇÃO
NATURALIDADE	TIMON - MA
DOC. ORIGEM	CERT. CASAM. 21728 L 857 F 266
CPF	666.482.463-91
LEI Nº 7.116 DE 29/06/63 - DECRETO Nº 89.250/83	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Julio Barbosa dos Santos,
RG nº 16 511-103, data de expedição 21/08/1994,
Órgão SSP, portador do CPF nº 013 156 123 56, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Curaci, nº 5930,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Alhestina Ferreira Costa cujo o condutor era
Julio Barbosa dos Santos.

Veículo:

Modelo: Yamaha/Factor YBR 125 K

Ano: 2011

Placa: NI5-7911

Chassi: 9C6KE1520C0085288

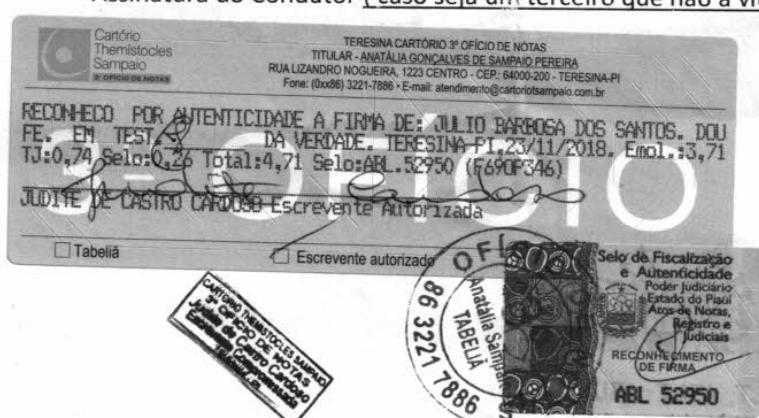
Data do Acidente: 23/09/2016

Local e Data: Teresina - Piauí 23/11/2018



Julio Barbosa dos Santos
Assinatura do Declarante

Julio Barbosa dos Santos
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 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 Nelly Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Albertina Ferreira Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 666.482.463 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Albertina Ferreira Costa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 666.482.463 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os comprovantes de comprobatórios:

Recuso informar



Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, 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		Número	Complemento
Bairro	Rua 24 de Janeiro	544	Sala
Email	Cidade	Estado	CEP
		PI	64000-235
		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
		(86) 3303-4104	(86) 99534-6565

Teresina, 27 de Dezembro de 2018
Local e Data

Nelly Rose Soares Marques
Assinatura do Declarante

01/2017





Dados do Chamado		01 N.º do chamado 1704	02 Data do chamado 31/09/2016	03 PRO (código) 2895	04 Saída do PA 19h	05 Chegada ao local 19h55
Local da Ocorrência		06 Saída do local 19:30	07 Chegada ao 1º. hospital	08 Saída do 1º. hospital	09 Chegada ao 2º. hospital	
Endereço		AV. PRESIDENTE KENNEDY / VISCONDE DA PARAHIBA				
Bairro		PI CARREIRA 5				
Ponto de referência		APCEF (CLUBE DOS ECONOMÁRIOS)				
Dados do Paciente		14 Nome ALBERTINA COSTA 50454	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	12 Município-UF. TERESINA - PI		
Idade		16 547 031111868 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Índices de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência		18 Tipo de ocorrência Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	DEPARTAMENTOS DE SINISTRO DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADA
Acidente de Transporte		02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Airbag <input checked="" type="checkbox"/> Cinto de Segurança <input checked="" type="checkbox"/> Assento para criança <input checked="" type="checkbox"/> Note: Cinto de Segurança: 465 Lija C. Assento para criança: 6000-470	04 JAN 2019
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 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	24 Sinais Vitais Pulso 120 Resp. 20 PA 110/70 TAX. Sat 98%	25 Local da lesão
Assistência		23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	26 Pupilas 1 - Igualas 4 2 - Desiguais	29 Dor 5
Hospital de Destino		27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Suspeito <input type="checkbox"/>	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 3 - Leve 7 - Moderada 10 - Intensa		
Observações Interdisciplinar		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Calor cervical <input type="checkbox"/> Kred	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	CONFERE COM O ORIGINAL <i>Marilia Veloso Cantanhede</i> Marilia Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU
Responsável pela recepção		35 Socorristas Médico AE/TE Vitoria Maria Ferreira de Souza	36 Enfermeiro Condutor HERMES			

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **11/09/2016** foi socorrida pelo SAMU a Sra. **Albertina Ferreira Costa** vítima de acidente de trânsito tendo sido removida para Hospital de Urgência de Teresina-HUT. Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou colocando na guia de atendimento da mesma o nome da vítima de **Albertina Costa Sousa** ao invés **Albertina Ferreira Costa**.

Gomes

Teresina, 04 de Dezembro 2018.

Marília Veloso Cantanhede
Marília Veloso Cantanhede
Gerente Adm. e Financeira SAMU – THE



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:	
	666.482.463-91	Albertina Ferreira costa	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Albertina Ferreira costa		CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Autônoma	Rua Guanacá	5990	lessa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
São Francisco	Teresina	PT	64009 - 800
E-mail:	Tel.(DDD): (86)3303-4104		

DADOS CADASTRAIS

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) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2442

CONTA: 18918

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 atende 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 no documento apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade das permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com o conteúdo.

04 JAN 2019
 RUA COELHO DE SOUZA, 168 LOJA C
 64002-470
 TERESINA-PI

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 27/12/18
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU 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.



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, 21 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190042199 **Vítima: ALBERTINA FERREIRA COSTA**

Data do Acidente: 11/09/2016 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALBERTINA FERREIRA 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 nº 13839637

Pag. 00603/00604 - carta_01 - INVALIDEZ



00040302





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, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190042199 **Vítima: ALBERTINA FERREIRA COSTA**

Data do Acidente: 11/09/2016 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALBERTINA FERREIRA COSTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01487/01488 - carta_05 - INVALIDEZ



00060744

Carta nº 13909418



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 13:01:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181301168350000009809824>
Número do documento: 2006181301168350000009809824

Num. 10330865 - Pág. 71

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, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190042199 **Vítima: ALBERTINA FERREIRA COSTA**

Data do Acidente: 11/09/2016 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

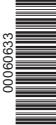
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190042199 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERTINA FERREIRA COSTA **Data do acidente:** 11/09/2016 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão no joelho direito e coluna lombar.

Descrição do exame físico: Vítima refere lombalgia e dor em joelho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento clínico

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sequela não indenizável

Data do exame físico: 31/01/2019

Conduta mantida:

Observações: Radiografias no dia do atendimento não demonstraram fraturas ou luxações. Realizou exames de ressonância magnética, posteriormente, que mostram alterações degenerativas próprias de sua idade e que não tem causalidade com o trauma do acidente.

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
				Total
			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190042199 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERTINA FERREIRA COSTA **Data do acidente:** 11/09/2016 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DA COLUNA VERTEBRAL.
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (@ PÁG 1) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190042199 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERTINA FERREIRA COSTA **Data do acidente:** 11/09/2016 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DA COLUNA VERTEBRAL.
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total		5 %	R\$ 675,00	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190042199 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERTINA FERREIRA COSTA **Data do acidente:** 11/09/2016 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão no joelho direito e coluna lombar.

Descrição do exame físico: Vítima refere lombalgia e dor em joelho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento clínico

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sequela não indenizável

Data do exame físico: 31/01/2019

Conduta mantida:

Observações: Radiografias no dia do atendimento não demonstraram fraturas ou luxações. Realizou exames de ressonância magnética, posteriormente, que mostram alterações degenerativas próprias de sua idade e que não tem causalidade com o trauma do acidente.

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
				Total
			0 %	R\$ 0,00

