



18/06/2020

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	PROCESSO ADMINISTRATIVO	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
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A
Data do acidente: 11/09/2016
Titular do CPF: ALBERTINA FERREIRA COSTA

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



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 Guanaei 5990 S. Francisco
CEP: 64.009.800
Telefone: (86) 3303-4104 99401-2688 99534-6565

OUTORGADO:

Nome: Nelle Rize Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.119.262
CPF: 84017317391
Profissão: Recus-me
Endereço: Rua 24 de Janeiro S/N
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 pericia médica e solicitar reagendamento, podendo subestabelecer 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)

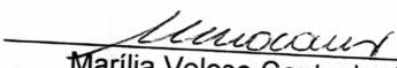


DECLARAÇÃO

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
Gerente Adm. e Financeira SAMU – THE




Prefeitura de
Teresina

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



Rua Otto Tito, 1820, Bairro Redenção,
Teresina-Pi. CEP 64017-775.
PJ 17.577.205/0008-03



86 3218-5199



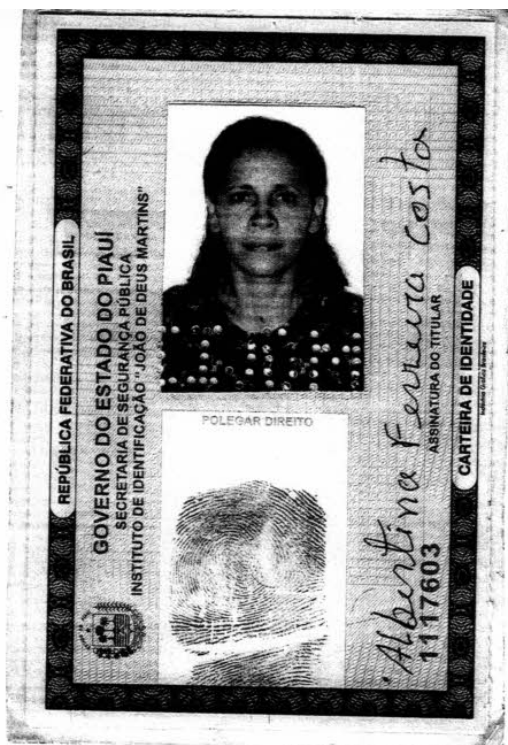
diretoriageralhut@gmail.com



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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 1.200.110 DATA DE
EXPIRAÇÃO 02/08/17

NOME
ALBERTINA FERREIRA COSTA

FILIAÇÃO
ROSA LINA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE
TIMON-MA DATA DE NASCIMENTO
03/11/1968


DOC. ORIGEM
CERT. CASAM. 21728 L B57 F 266

CPF EXP TERESINA-PI 13/07/17
666.482.463-91 Francisco das Chagas Pinheiro Martins
1117603

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


DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado

01 Nº. do chamado 1704	02 Data do chamado 13/09/2016	03 PRO (código) 2895	04 Saída do PA 19h	05 Chegada ao local 19h15
06 Saída do local 19h30	07 Chegada ao 1º. hospital	08 Saída do 1º. hospital	09 Chegada ao 2º. hospital	

Local da Ocorrência

10 Endereço AV. PRESIDENTE KENNEDY/VISCONDE DA PARANATIBA		
11 Bairro PICARREIRA I	12 Município-UF TERESINA-PI	Código IBGE
13 Ponto de referência A PCEF CLUBE DOS ECONOMARIOS		

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 47 <small>1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado</small>	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 checked="" type="checkbox"/> 01 - Acidente de transporte <input type="checkbox"/> 02 - Agressão física-espantamento <input type="checkbox"/> 03 - Agressão física-FAF <input type="checkbox"/> 04 - Agressão física-FAB <input type="checkbox"/> 05 - Urgência psiquiátrica	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 16 - Outros <input type="checkbox"/> 17 - Já removido <input type="checkbox"/> 18 - Falso chamado
---	---	--

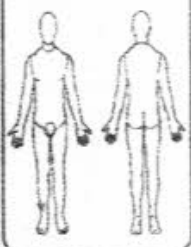
Acidente de Transporte

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 <input type="checkbox"/> 5 - Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 6 - Outro <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	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 <input type="checkbox"/> 5 - Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 - Animal <input type="checkbox"/> 7 - Outra <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
--	--	--

Exame Físico

23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> 4 - Espontânea <input type="checkbox"/> 3 - À voz <input type="checkbox"/> 2 - À dor <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma	RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> 5 - Orientada <input type="checkbox"/> 4 - Confusa <input type="checkbox"/> 3 - Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2 - Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> 6 - Obedece 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
---	---	---

Assistência

24 Sinais Vitais Pulso 120 Resp. 20 PA 110/70 TAX. 98% SatO2 98%	25 Local da lesão 	26 Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Iguais <input type="checkbox"/> 2 - Desiguais 27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 - Cheio <input type="checkbox"/> 2 - Fino <input type="checkbox"/> 3 - Ausente 28 Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não
--	--	---

Hospital de Destino

29 Dor 5 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 7 Moderada 10 Intense	30 Fratura <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Calor cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)
--	--	---

Observações Interdisciplinar

32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 - Melhorado <input type="checkbox"/> 2 - Piorado <input type="checkbox"/> 3 - Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> <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
--------------------------------------	---	--

Observações Interdisciplinar

Vítima de acidente de trânsito, refere dor no quadril, encefalopatia no 479. Informa uso de amitril 25g.

CONFERE COM O ORIGINAL

Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa SAMU

Socorristas
Médico **Marília Veloso de Sousa**
AE/TE **COEN-PI 14360-AE**

Enfermeiro
Condutor **HERMES**

Assinável pela recepção
16/09/2016



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE:

Allenivan Costa Gomes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

41432

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





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº. do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro	12 Município-UF		Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome				15 Sexo
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vitima				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção				22 Equipamentos de segurança
	21 Outra parte envolvida				
Exame Físico	23 Glasgow =				24 Sinais Vitais
	25 Local da lesão				
Assistência	26 Pupilas				27 Pulso
	28 Sangramento				29 Dor
Hospital de Destino	30 Fratura				31 Procedimentos realizados
	32 Hospital de Destino				33 Condições de entrada
Observações Interdisciplinar	34 Óbito				
	35 Observações Interdisciplinar				



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

Imp: 11/09/2016 19:54:17
CONSULTA (TERESINA)

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
Responsável:	VERONICA JESUS SILVA (NORA)	Sexo:	Feminino
Profissão:	DO LAR	Fone:	86-98162-8103
G. Instrução:	Não informado	CNS:	160313690290004
End.Local.:	- - -	Documento:	RG: 1200110 - SSPPI
		E.Civil:	Casado(a)

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:	11/09/2016 19:44:26	ESPECIALISTA:	cin geral
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	lesões e fraturas normais CD: alter da cin geral		
Carimbo/Assinatura Solicitante			
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 04 JAN 2019 CENTRO SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-420 Teresina-PI			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			

DADOS DO PARECER:

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	11/09/2016 19:44:26	ESPECIALISTA:	SFO. S. J. J. J.
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	Trauma do Ombro e Cotovelo		
Carimbo/Assinatura Solicitante			
Dr. Rafael Levi Lanchard S. da Cunha Médico do Esporte CRM: 3807 - SBO: 12983 Trauma do Esporte e Artroscopia Cirurgia do Ombro e Cotovelo			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			
Dr. Hugo José Soares da Silva Ortopedia e Traumatologia da Coluna Vertebral CRM-PI 3638			

DADOS DO PARECER:

Data/Hora: 12/3/16 08:15



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

ORTOPEDIA

BOLETIM DE ENTRADA - BE

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	Condução: DEPENDENTE
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		Convênio: S U S
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Mecanismo do trauma significativo	Destino: CIRURGIA GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: ACIDENTE DE MOTO. NEGA TCE. REFER DOPR NA REGIÃO DO OMBRO. APRESENTA EMBOLIA PULMONAR. SEM DOLAR URBANAL E IMOBILIZAÇÃO.		Profissional Clas. Risco: AURICENIA FERNANDES TEIXEIRA COREN 166059 Em: 11/09/2016 19:54:03	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

queixas de dor
A visões visuais
B expensas, tórax expansível
C FC= 30bpm, abdome deprimível
D GI, sem défecitos
E dor na base e no antebraço D

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JAN 2019

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

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp: ____
Diagnóstico Inicial:			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RX tórax, pulso e antebraço

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____	HORA: ____:____	Procedimento	CID
----------------------	-----------------	--------------	-----

Antônia Verônica de Jesus
Assinatura Paciente ou Responsável
10 Alta hospitalar

Assinatura - Profissional Médico
Dr. Elizabeth de Jesus Cavalcanti



PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

[illegible]

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

MOD 007 - HIT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
RUA DO OTTO TITO 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 11/09/2016 19:54:17
MARCINELA TELXERA

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	Sexo: Feminino	Fone: 86-98162-8103
Nascimento: 03/11/1968	Idade: 47a:10m:8d	CNS: 160313690190004
Responsável: VERONICA JESUS SILVA (NORA)	Documento: RG: 1200110 - SSPPI	
Profissão: DO LAR	E. Civil: Casado(a)	
G. Instrução: Não informado		
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: 11/09/2016 19:44:26	ESPECIALISTA: Cir. Geral
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Exame físico, estresse hormonal, RX	
CD: alta do cir. geral	
	Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER:

Data/Hora: 11/09/2016 19:44:26	
Transmissão de exames	
SFO. S. 1200110	
Ver. pelo médico RX	
	Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 11/09/2016 19:44:26	ESPECIALISTA: SFO. S. 1200110
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: 64.012-420 Teresina, PI
	Dr. Rafael Levi Lauchard S. da Cunha 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: 11/09/2016 19:44:26	
Dr. Hugo Sales da Silva	
Ortopedia e Traumatologia	
da Coluna Vertebral	
CRM-PI 3633	
	Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

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



NÚMERO ASSISTENTE

OLTS

ENV. ON ATP

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

HORÁRIO

PRONTUÁRIO CLÍNICA

QUANT.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ME DO PACIENTE

TA/HORA

CÓDIGO

05/30

CLINIMAGEM

medicina diagnostica avançada

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 quadríceps e ligamento patelar de espessura e intensidade de sinal habituais.
- Estruturas musculotendíneas sem evidência de anormalidade.
- Estruturas ósseas apresentam corticais íntegras 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 poplíteia.

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

Rua Antônio Lobão, 805/Língua

Quadra 178, Casa 06/07 - Dirceu II

Rua Des. Pires de Castro, 456 - Centro



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. 15



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 dorsolumbar 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.

Osteófito marginal anterior em L5.

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

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

O disco intervertebral L5-S1 tem altura e intensidade de sinal normal, com protrusão 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 injúria.

Musculatura paravertebral posterior lombar de aspecto habitual.

CONCLUSÃO:

Leve desvio do eixo dorsolumbar para esquerda.

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

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

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

Artrose nas interapofisárias L2-L3 bilateralmente.

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




Dr. Leonardo Augusto Costa Martins
CRM - 3050



[illegible]

MOD 007 - HUT

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



CLINIMAGEM

medicina diagnostica avançada

Data: 17/07/2018



Código
238649

Nome do Paciente: ALBERTINA FERREIRA COSTA

Médico Solicitante: DURVAL TERCIO NUNES LEAL

Exame: RM JOELHO ESQUERDO

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 quadríceps e ligamento patelar de espessura e intensidade de sinal habituais.
- Estruturas musculotendíneas sem evidência de anormalidade.
- Estruturas ósseas apresentam corticais íntegras 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.
- 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 poplíteia.

CONCLUSÃO:

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



ALEXANDRE VITOR TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO
CRM: 3678

Rua Antônio Lobão, 805/1ª andar

Quadra 178, Casa 08/07 - Bairro II

Rua Dos Bixos do Centro, 455 - Centro



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. 18

ED-322

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



Nome do paciente				Tratamento		Nº Cartão SUS	
ALESSANDRO SOARES COUTINHO				4445969		708009342835227	
Data de nascimento		Sexo		Endereço		Nome da mãe	
03/11/1968		M		FALCÃO		ROSA LINA MARIA DA CONCEIÇÃO	
Profissão (Ocupação)				Conselho		Nº da Inscrição	
DUPLO - FISIOTERAPISTA				1995		471641	

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX
TÉCNICA:

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

LAUDO:

Consolidação parenquimatosa heterogênea, com focos de calcificação de perimeio 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 perimeio, por vezes com paredes espessadas e sinais de impactação mucosa.

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 pleuropical à esquerda, associado a traves, estrias e opacidades parenquimais irregulares de aspecto fibroatelectásico adjacentes.

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

***** CONTINUA *****

(Folha 1 de 2)

Assinatura		Assinatura	
PAULO FURTADO SOARES COUTINHO		CRN 3610	
18/06/2020		Assinatura	



Verifique a visualização. Não pode ser validada



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



Paciente		Prontuário	Nº Cartão SUS
4446969		708008342835227	
Nome do Paciente	Nome da Mãe	Rosa Lima Maria da Conceição	
Idade	Sexo	Profissão	Endereço
1200119			
Data de Nascimento		Consultor	Nº da Solicitação
1995		1995	471661

Micronódulo subpleural calcificado de aspecto residual, localizado na região medial do segmento superior do lobo inferior direito, medindo 0,2 cm.

Linfonodos paratraqueais proeminentes e com áreas centrais hiperdensas, não configurando linfonodomegalias (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.

Tráqueia, esôfago 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 / infecciosa (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. IAN DE OLIVEIRA SILVA

***** FIM *****

(Folha 2 de 2)



Assinatura

Nota: Se não for visualizada, 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 osteofitários 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 internos 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 LL).
- 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

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

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



lhoras.com.br
1009 1715

Luiz Judéci Pereira de Carvalho Júnior

Evaldo Teixeira Nunes
CRM 2195

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Julio BARBOSA dos Santos,
RG nº 16.511-103, data de expedição 2 108, 94,
Órgão SSP, portador do CPF nº 013 156 123, 56, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUÍ, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA GUARALI, nº 5990,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Albustina Ferreira Costa cujo o condutor era
Julio BARBOSA dos Santos.

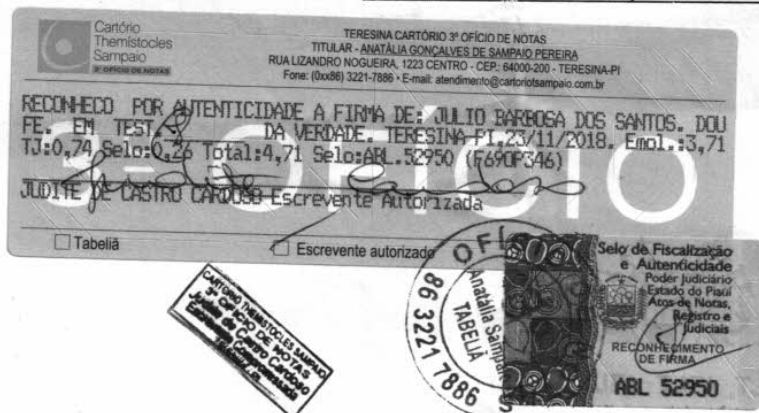
Veículo:
Modelo: Yamaha/Factor YBR 125 X
Ano: 2011
Placa: NIS-7933
Chassi: 9C6K61920C0085288
Data do Acidente: 11/09/2016
Local e Data: Teresina - Piauí 23/11/2018



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)



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 05/98

Nº da Nota Fiscal

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

PERÍODO	PERÍODO DE VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	02-01-2019	57	55,07

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

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	19006	Atual:	27-11-2018
Anterior:	1,000	Anterior:	23-01-2019
Constante de Multiplicação:	57	Próxima Leitura:	24-12-2018
Consumo Medido:	57	Emissão:	26-12-2018
Consumo Faturado:	NORMAL	Apresentação:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		DADOS DA CONSUMIDORA	
Comércio:	COMERCIAL	Código de Unidade:	3-3-3-1
Subclasse:	MONG	Média 12 meses:	208

HISTÓRICO kWh	CONSUMO	DES. RI. Q. DA CONTA	VALOR
NOV/18	96	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	4,20
OUT/18	299	CORRECAO MONETARIA IG 11/18-00	0,04
SET/18	232	MULTA POR ATRASO 11/18-00	0,48
AGO/18	184	JUROS POR ATRASO 11/18-00	0,04
JUL/18	208	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,05
JUN/18	211		
MAI/18	159		
ABR/18	307		
MAR/18	224		
FEV/18			

REAJUSTE TARIFAS E SÍNTESE DE PAGAMENTOS: 01/12/2018, CONFORME
RESOLUCAO ANEEL 2.490/2018.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 24-12-2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

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

RESERVADO AO FISCO C39F.6C6B.9345.33A3.DC96.FFC8.9722.A49B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	19,03	Base de Cálculo:	22,00%
Energia:	2,99	Alíquota ICMS:	11,06
Transmissão:	3,03	Valor do ICMS:	0,74
Encargos:	15,24	Valor do PIS:	3,44
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
IC	EC	DMC	DMC	DMC	DMC	DMC	DMC
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
0,00			0,00			0,00	

TERESINA-MACAUBA

Período de Faturamento: 10/2018
EUSR: 28,00



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/BIBLIOTECASWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário 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 documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço informado, 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
<u>Rua 24 De Janeiro</u>		<u>544</u>	<u>Sala</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>PI</u>	<u>64000-235</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
	<u>(86) 3303-4104</u>	<u>(86) 99534-6565</u>	

Teresina, 27 de Dezembro de 2018
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

01/2017





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 1704	02 Data do chamado 31/09/2016	03 PRO (código) 2899	04 Saída do PA 19h	05 Chegada ao local 19h15	
	06 Saída do local 19:30	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Local da Ocorrência	10 Endereço AV. PRESIDENTE KENNEDY/VISCONDE DA PARANÁ	11 Bairro PICAREIRA I	12 Município-UF TERESINA-PI	Código IBGE		
	13 Ponto de referência A PCEF CLUBE DOS ECONOMARIOS					
Dados do Paciente	14 Nome ALBERTINA COSTA SOUSA	15 Sexo 2 - Feminino				
	16 Idade 47 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado 03/11/1968	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte	02 - Agressão física-espantamento	03 - Agressão física-FAF	04 - Agressão física-FAB	05 - Urgência psiquiátrica	
	06 - Tentativa de suicídio	07 - Envenenamento	08 - Afogamento	09 - Queimadura	10 - Choque elétrico	
Acidente de Transporte	19 Vítima 3 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
	<p>23 Glasgow = 15</p> <p>ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma</p> <p>RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma</p> <p>RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum</p> <p>24 Sinais Vitais Pulso 120 Resp 20 PA 110/70 TAX 98% SatO2 98%</p> <p>25 Local da lesão</p>					
Exame Físico	26 Pupilas 4 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 2 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 5	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>	
	<p>31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)</p> <p><input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia</p> <p><input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Calor cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso</p> <p><input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/></p>					
Assistência	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 2 - Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	35 Não Removido <input type="checkbox"/>			
Hospital de Destino						
Observações Interdisciplinar	<p>Vítima de acidente de trânsito, refere dor no quadril, enxaquecas no 1º e 2º. Informa uso de amitril 25g</p>					
	<p>CONFERE COM O ORIGINAL</p> <p>Marília Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU</p>					
Responsável pela recepção	<p>Socorristas</p> <p>Médico Valéria Maria Pereira de Sousa AE/TE COREN-PI 13388-AE</p> <p>Enfermeiro HERMES Condutor</p>					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JAN 2019

AGENTE SEGURADORA S.A.
CENTRO DE ATENDIMENTO
Rua C
Teresina-PI





SAMU
192

FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



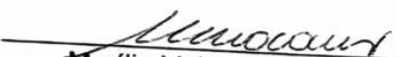
Prefeitura de
Teresina

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **11/09/2016** foi socorrida pelo SAMU a Sra. **Albertina Ferreira Costa** vitima 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 vitima de **Albertina Costa Sousa** ao invés **Albertina Ferreira Costa**.

Germes

Teresina, 04 de Dezembro 2018.


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.sam@teresina.pi.gov.br



ÁGUAS DE
TERESINA

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

TC 1.37 20181026092443

MATRICULA 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

MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
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

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 7,50% = 2,01

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
RESIDENCIAL		
FAIXA DE CONSUMO R\$ / M3 E (%)		
0 10 2,5510 50		
10 25 4,9400 50		
25 9999999 8,5300 50		
VALOR REFERENTE AGUA - 26,51	10,0 m3	26,51
> Residencial-Normal		

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$ / M3 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
CONTEUDO 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

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

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

82600000000-8 26511535000-0 00201815318-5 60250100104-7



Declaração de Quitação Anual de Débitos

Prezado Cliente,
Em atendimento a Lei 12.007/09,

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. 27

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 (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Albertina Ferreira Costa	666.482.463-91	
Profissão:	Endereço:	Número:
Autônoma	Rua Guaraci	5990
Bairro:	Cidade:	Estado:
São Francisco	Terresina	PI
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	64009-800	(86)3303-4104

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2442 ☐ CONTA: 18918 ☐ 0
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no pedido apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Terresina - Piauí 27/12/18
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Albertina Ferreira Costa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





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: Francieleide Lima Cordeiro

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

11/09/2016 - 18:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

PIÇARREIRA

496250

Endereço

AV. PRESIDENTE KENNEDY, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

APCEF

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ALBERTINA FERREIRA COSTA (50 ANOS)

RG: 1200110 SSP PI

Mãe: ROSA LINA MARIA DA CONCEIÇÃO

Endereço: RUA GUARACI, Nº 5990

Bairro: VILA SÃO FRANCISCO NORTE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

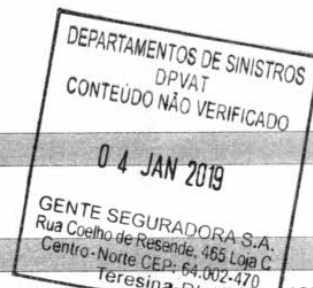
RELATO DA OCORRÊNCIA

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.

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

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

Delegado de Polícia



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:

666.482.463-91

Nome completo da vítima:

Albertina Ferreira Costa

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

Nome completo:

Albertina Ferreira Costa

CPF:

666.482.463-91

Profissão:

Autônoma

Endereço:

Rua Guaraná

Número:

5990

Complemento:

Casa

Bairro:

São Francisco

Cidade:

Teresina

Estado:

PI

CEP:

64009-800

E-mail:

Tel.(DDD):

(86)3303-4104

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2442

☐

CONTA:

58918

☐

(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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no laudo apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Teresina - Piauí 27/12/18

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Albertina Ferreira Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020826/19
Vítima: ALBERTINA FERREIRA COSTA
CPF: 666.482.463-91
CPF de: Próprio
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A
Data do acidente: 11/09/2016
Titular do CPF: ALBERTINA FERREIRA COSTA

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: 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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

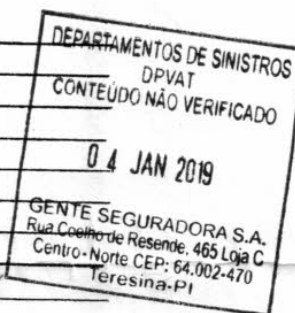
(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Albertina Ferreira Costa
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Divorciada
Identidade: 1.200.110
CPF: 666.482.463-91
Profissão: Autônoma
Endereço: Rua Guanaei 5990 S. Francisco
CEP: 64-009.800
Telefone: (86) 3303-4104 99401-2688 99534-6565

OUTORGADO:

Nome: Nelle Rize Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.119.262
CPF: 84017317391
Profissão: Recus-me
Endereço: Rua 24 de Janeiro S/N
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 pericia médica e solicitar reagendamento, podendo subestabelecer 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)



Eu Albertina Ferreira Costa
RG 1200110 CPF: 666.482-463-91 Resido
na Rua Guaraci 5990 São Francisco
Teresina Piauí. Sofri um acidente
de trânsito em 11/09/16 e até hoje
estou sequelada. e você negam
meu processo eu não aceito a
negativa, pois o médico não chegou
a mim avaliar, então peço 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** vitima 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 vitima de **Albertina Costa Sousa** ao invés **Albertina Ferreira Costa**.

Gemas

Teresina, 04 de Dezembro 2018.

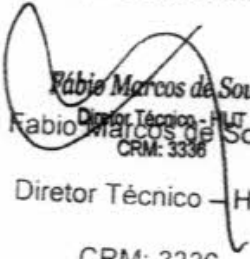

Marília Veloso Cantanhede
Gerente Adm. e Financeira SAMU – THE

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



Rua Otto Tito, 1820, Bairro Redenção,
Teresina-PI, CEP: 64017-775.
CNPJ 17.577.205/0008-03



86 3218-5199



diretoriageralhut@gmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0475253

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE

CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L A1/F 141

EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

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

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




Dra. Fabíola Veras
CRM. 2374

REUMATOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA

ATTESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que a Sra. Alexandrina Ferreira Costa, foi vítima de acidente de trânsito, sofrendo trauma em Cebra torçao (contusão) e em joelhos, submetendo-se a tratamento etíico com medicação, incluindo com os etíicos em Cebra torçao e em joelhos de direito e esquerdo, com limitação para etíica ativa, apresentando perda para etíica de 60%.

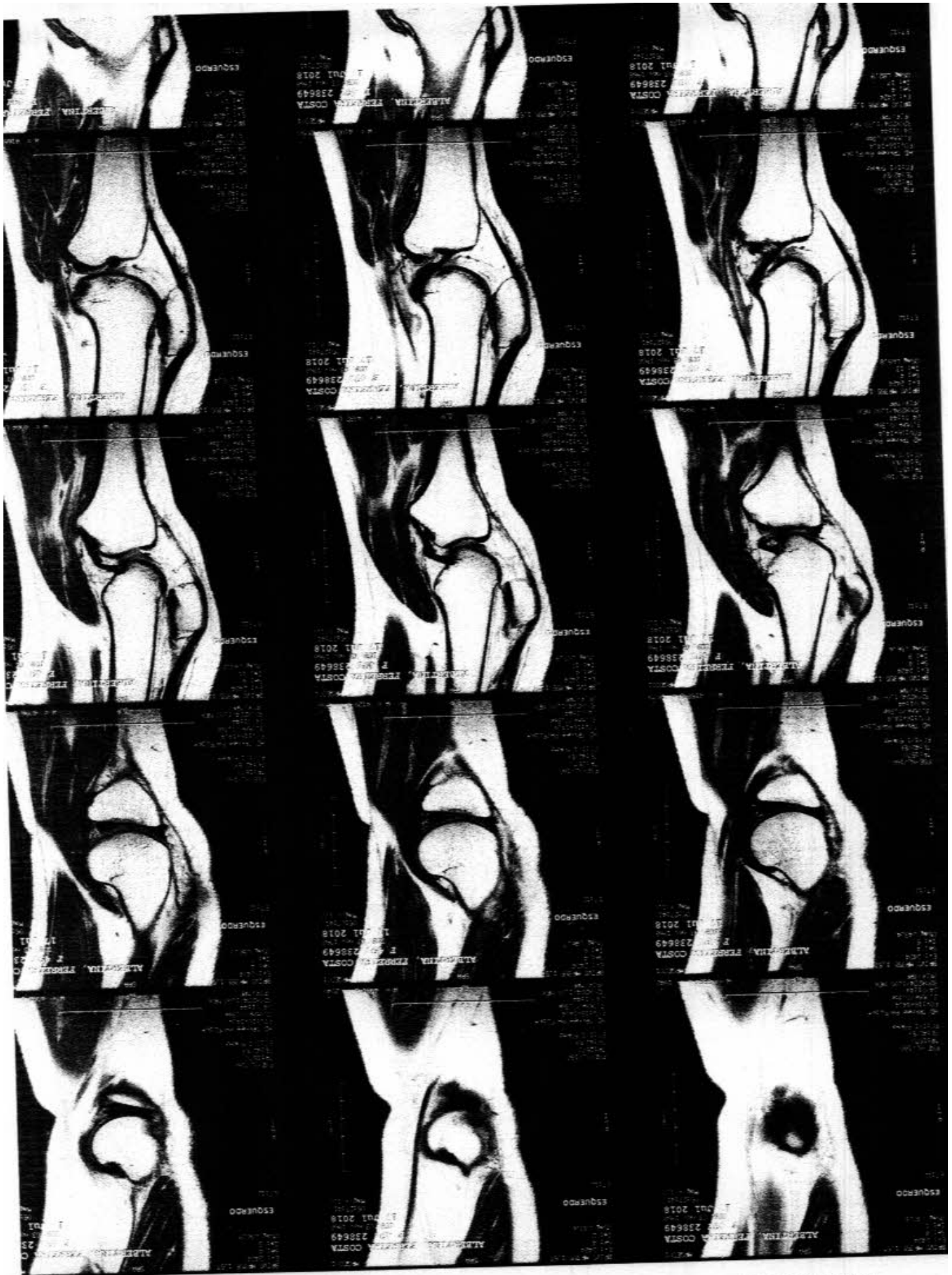
Em, 16.01.19




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

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





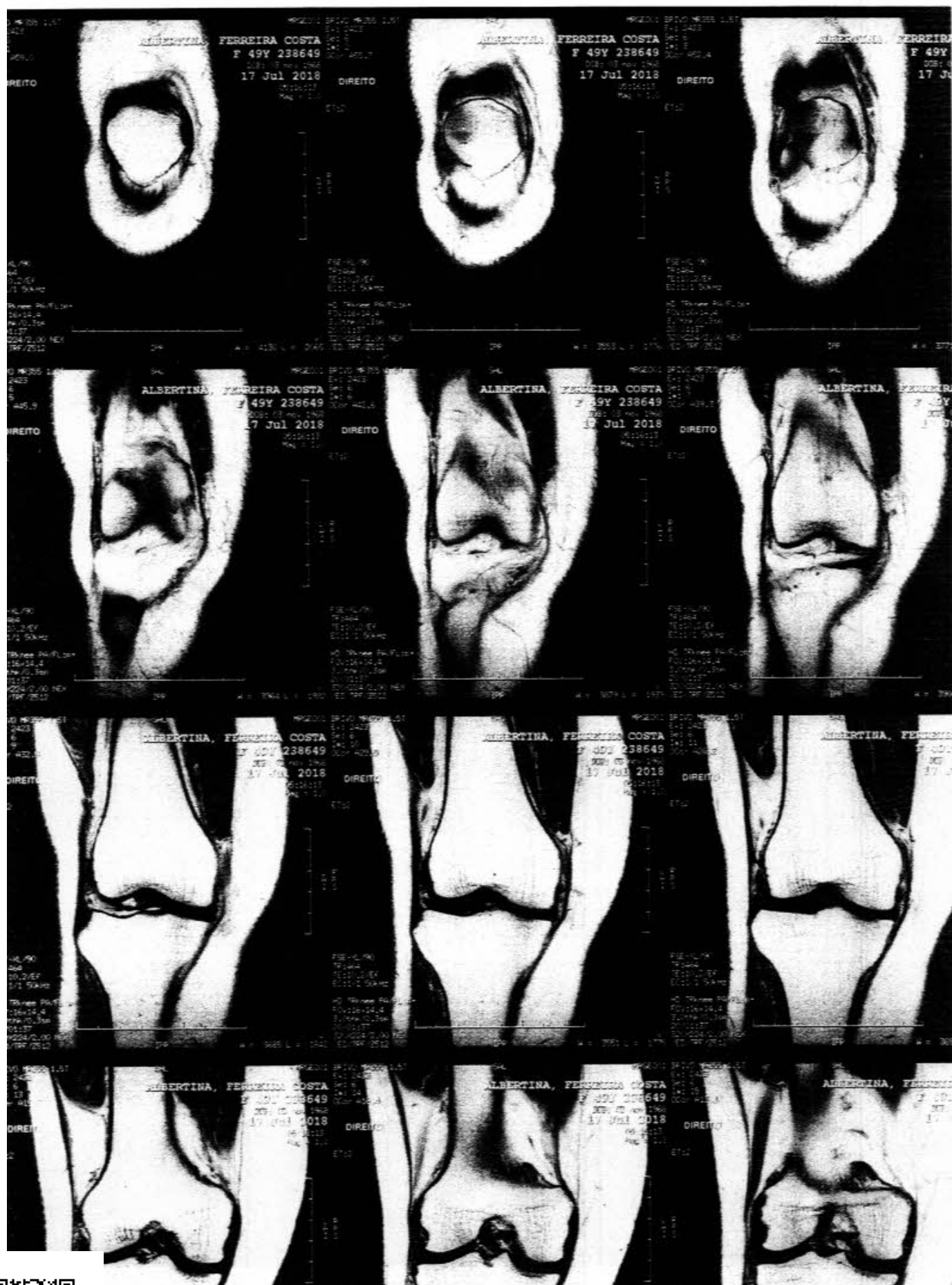
LIMAGEM
medicina diagnostica avançada

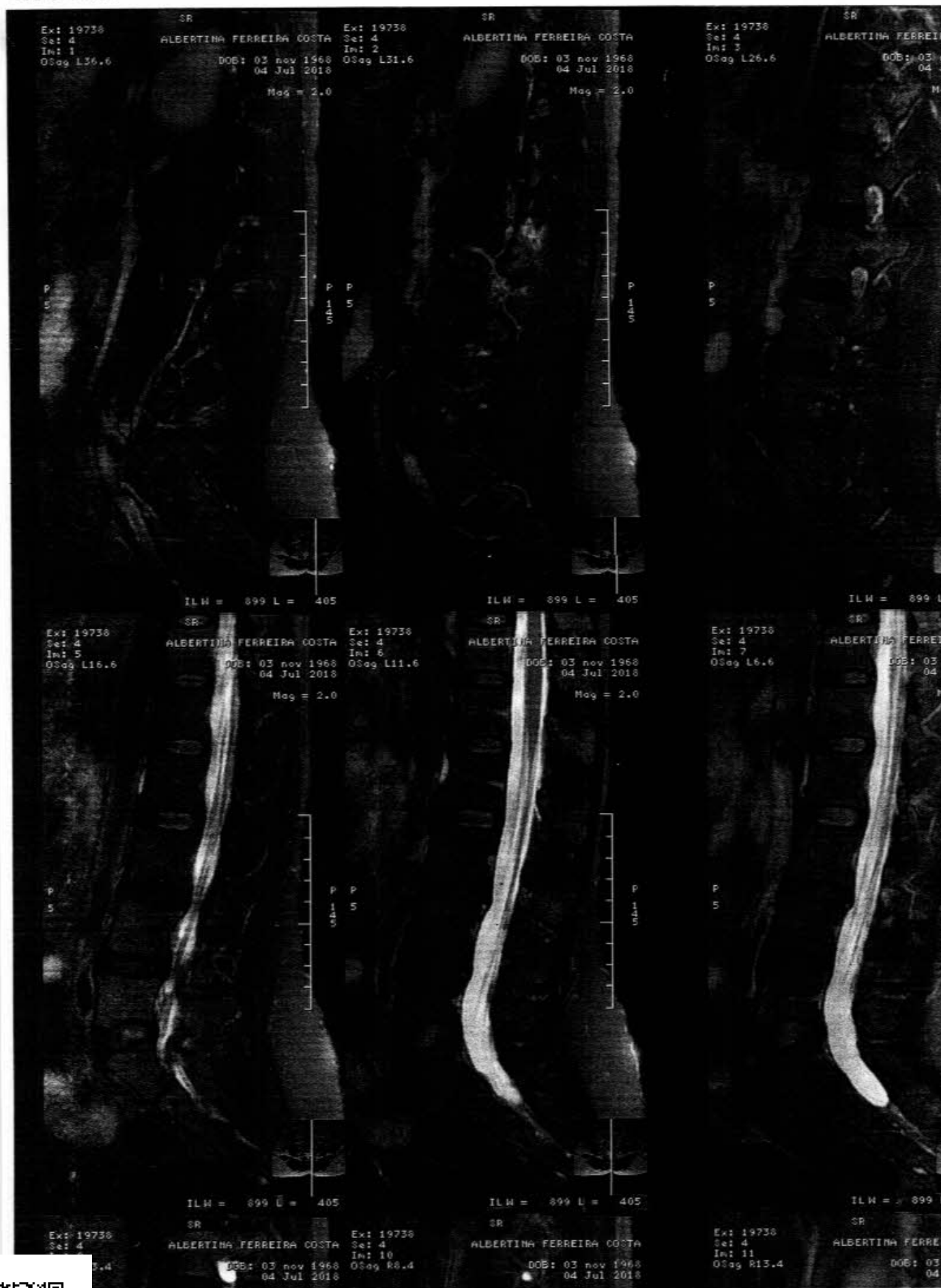


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 13:01:17

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181301168350000009809824>

Número do documento: 2006181301168350000009809824







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

Número do documento: 2006181301168350000009809824

Num. 10330865 - Pág. 42

UDI

Segurança em Diagnósticos Médicos

www.udi24horas.com.br

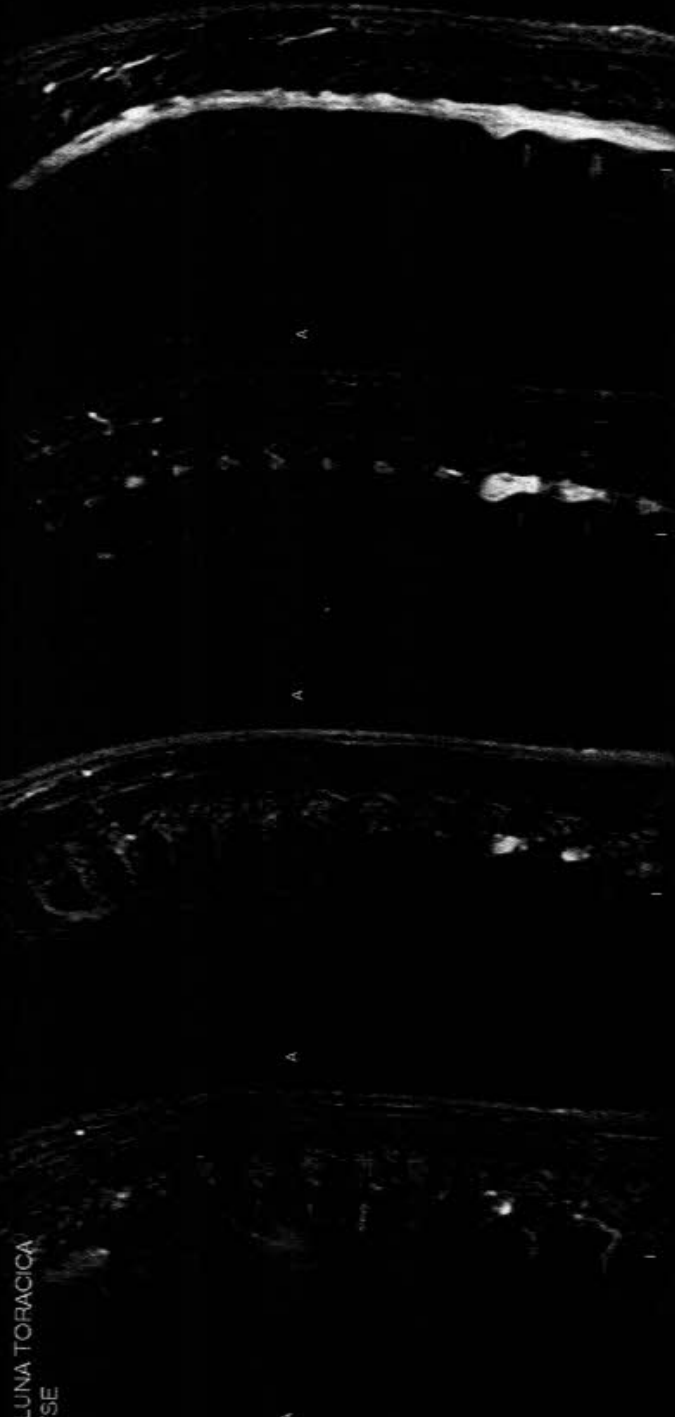
(86) 4009-1715
(86) 3214-8800



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

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 >



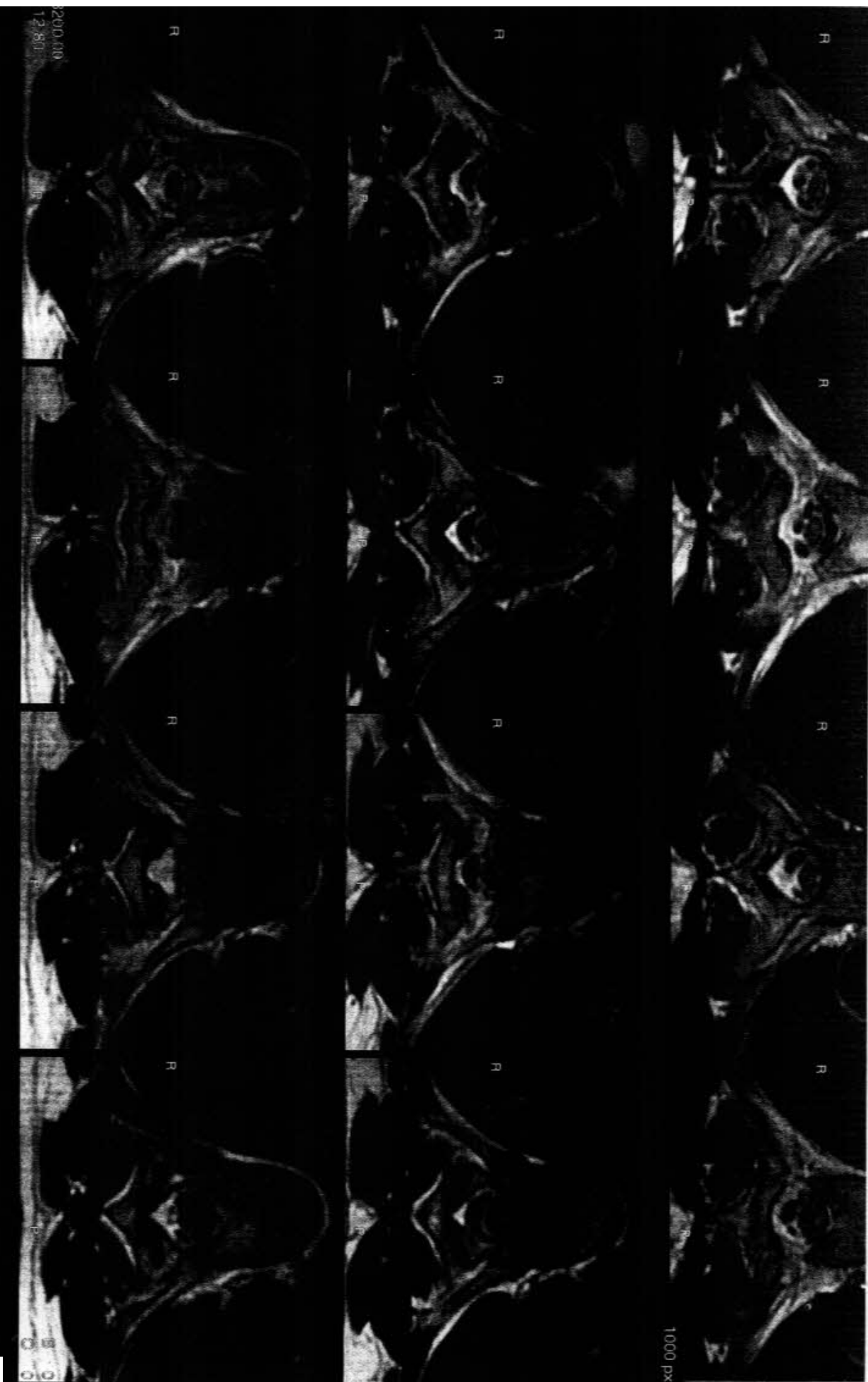


UDI 24 Horas | Nuclear | Odonto • Rua Eliseu Martins, 2160 - Centro

UDI Lesão • Av. Lindolfo Monteiro, 677 - Fatima

UDI Imagem • Rua Felix Pacheco, 2243 - Centro





UDI 24 Horas | Nuclear | Odontologia | Rua Eliseu Martins, 2160 - Centro

UDI Leste | Av. Lindolfo Monteiro, 699 - Fátima

UDI Imagem | Rua Felix Pacheco, 2241 - Centro





Estado do Piauí Prefeitura Municipal de Teresina Fundação Hospitalar de Teresina - FHT		REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU		SAMU 192	
Dados do Chamado	01 N.º do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1.º hospital	08 Saída do 1.º hospital	09 Chegada ao 2.º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro	12 Município-UF		Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome				15 Sexo
	16 Idade				17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica </div> <div> 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico </div> <div> 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares </div> <div> 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado </div> </div>				
Acidente de Transporte	19 Vítima		20 Meio de locomoção		21 Outra parte envolvida
	22 Equipamentos de segurança				
Exame Físico	23 Glasgow =		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA
	24 Sinais Vitais		25 Local da lesão		
	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
	29 Dor		30 Fratura		
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				
	32 Hospital de Destino				
Hospital de Destino	33 Condições de entrada				
	34 Óbito				
Observações Interdisciplinar	35 Observações				
	36 Assinaturas				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DEPUTADO
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 04 JAN 2019
 SAKKAG
 COOPERADORA S.A.
 Rua José de Almeida, 465 Loja C
 Teresina-PI
 CEP: 64.002-470



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE:

Allenivan Costa Gomes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

41432

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





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº. do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º. hospital	08 Saída do 1º. hospital	09 Chegada ao 2º. hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro	12 Município-UF		Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome				15 Sexo
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vitima				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção				22 Equipamentos de segurança
	21 Outra parte envolvida				
Exame Físico	23 Glasgow =				24 Sinais Vitais
	25 Local da lesão				
Assistência	26 Pupilas				
	27 Pulso Radial				
Hospital de Destino	28 Sangramento				
	29 Dor				
Observações Interdisciplinar	30 Fratura				
	31 Procedimentos realizados				
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
Observações Interdisciplinar					
Assinaturas					



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

Imp: 11/09/2016 19:54:17
CONSULTA (TERESINA)

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
Responsável:	VERONICA JESUS SILVA (NORA)	Sexo:	Feminino
Profissão:	DO LAR	Fone:	86-98162-8103
G. Instrução:	Não informado	CNS:	160313690290004
End.Local.:	- - -	Documento:	RG: 1200110 - SSPPI
		E.Civil:	Casado(a)

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:	11/09/2016 19:44:26	ESPECIALISTA:	cin geral
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	lesões e fraturas normais CD: alta da cin geral		
Carimbo/Assinatura Solicitante			
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 04 JAN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-420 Teresina-PI			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			

DADOS DO PARECER:

Data/Hora:

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	11/09/2016 19:44:26	ESPECIALISTA:	SFO. S. J. J. J.
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	Trauma do Ombro e Cotovelo		
Carimbo/Assinatura Solicitante			
Dr. Rafael Levi Lauchard S. da Cunha Médico do Esporte CRM: 3807 - SBO: 12983 Trauma do Esporte e Artroscopia Cirurgia do Ombro e Cotovelo			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			
Dr. Hugo José Soares da Silva Ortopedia e Traumatologia da Coluna Vertebral CRM-PI 3638			

DADOS DO PARECER:

Data/Hora:



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

ORTOPEDIA

BOLETIM DE ENTRADA - BE

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	Condução: DEPENDENTE
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		Convênio: S U S
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Mecanismo do trauma significativo	Destino: CIRURGIA GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: ACIDENTE DE MOTO, NEGA TCE. REFER DOPR NA REGIÃO DO QUADEL. APRESENTA EMBOLEA PULMONAR, COM DOLAS URBICAIS E IMOBILIZAÇÃO.		Profissional Clas. Risco: AURICENIA FERNANDES TEIXEIRA COREN 166059 Em: 11/09/2016 19:54:03	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

queixas de moto
A visões visuais
B expensas, tórax expensível
C FC= 30bpm, abdome depressível
D GI, sem depósitos
E dor na base e no antebraço D

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JAN 2019

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

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp: ____
Diagnóstico Inicial:			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RX tórax, pulso e antebraço

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____	HORA: ____:____	Procedimento	CID
----------------------	-----------------	--------------	-----

Antônia Verônica de Jesus
Assinatura Paciente ou Responsável
10 Alta hospitalar

Assinatura - Profissional Médico
Dr. Elizabeth de Jesus Cavalcanti





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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

MOD 007 - HIT



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

Imp: 11/09/2016 19:54:17
MARCINELA TELXERA

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	Sexo: Feminino	Fone: 86-98162-8103
Nascimento: 03/11/1968	Idade: 47a:10m:8d	CNS: 160313690190004
Responsável: VERONICA JESUS SILVA (NORA)	Documento: RG: 1200110 - SSPPI	
Profissão: DO LAR	E. Civil: Casado(a)	
G. Instrução: Não informado		
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: 11/09/2016 19:44:26	ESPECIALISTA: Cir. Geral
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Exame físico, estômago normal, RX	
CD: alta do cir. geral	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

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

Dr. Rafael Levi Lauchard S. da Cunha	23:53
Transf. de 100 ml	
SFO. S. 100 ml	
Pil. 100 mg	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 11/09/2016 19:44:26	ESPECIALISTA: SFO. S. 100 ml
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: 64.012-420 Teresina, PI	Dr. Rafael Levi Lauchard S. da Cunha 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: 11/09/2016 19:44:26

Dr. Hugo Sales da Silva	
Ortopedia e Traumatologia	
da Coluna Vertebral	
CRM-PI 3633	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

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



NÚMERO ASSISTENTE

OLTS

ENV. ON ATP

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

HORÁRIO

PRONTUÁRIO CLÍNICA

QUANT.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ME DO PACIENTE

TA/HORA

CÓDIGO

06/05/30

CLINIMAGEM

medicina diagnostica avançada

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 quadríceps e ligamento patelar de espessura e intensidade de sinal habituais.
- Estruturas musculotendíneas sem evidência de anormalidade.
- Estruturas ósseas apresentam corticais íntegras 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 poplíteia.

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

Rua Antônio Lobão, 805/Língua

Quadra 178, Casa 06/07 - Dirceu II

Rua Des. Pires de Castro, 456 - Centro



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. 55



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 dorsolumbar 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.

Osteófito marginal anterior em L5.

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

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

O disco intervertebral L5-S1 tem altura e intensidade de sinal normal, com protrusão 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 injúria.

Musculatura paravertebral posterior lombar de aspecto habitual.

CONCLUSÃO:

Leve desvio do eixo dorsolumbar para esquerda.

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

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

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

Artrose nas interapofisárias L2-L3 bilateralmente.

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




Dr. Leonardo Augusto Costa Martins
CRM - 3050





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
04 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-70
Teresina-PI

MOD 007 - HUT



CLINIMAGEM

medicina diagnostica avançada

Data: 17/07/2018



Código
238649

Nome do Paciente: ALBERTINA FERREIRA COSTA

Médico Solicitante: DURVAL TERCIO NUNES LEAL

Exame: RM JOELHO ESQUERDO

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 quadríceps e ligamento patelar de espessura e intensidade de sinal habituais.
- Estruturas musculotendíneas sem evidência de anormalidade.
- Estruturas ósseas apresentam corticais íntegras 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.
- 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 poplíteica.

CONCLUSÃO:

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



ALEXANDRE VITOR TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO
CRM: 3678

Rua Antônio Lobão, 805/11º andar

Quadra 178, Casa 08/07 - Bairro II

Rua Dos Bixos do Centro, 455 - Centro



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. 58

ED-322

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



Nome do paciente				Tratamento		Nº Cartão SUS	
ALESSANDRO SOARES COUTINHO				4445969		708009342835227	
Data de nascimento		Sexo		Endereço		Nome da mãe	
09/11/1974		M		FALCÃO		1200110	
ROSA LINA MARIA DA CONCEIÇÃO							
Profissão (Ocupação)				Conselho		Nº da Inscrição	
DUPLO - FARMACIA DA UNP				1995		471641	

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX
TECNICA:

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

LAUDO:

Consolidação parenquimatosa heterogênea, com focos de calcificação de perimeio 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 perimeio, por vezes com paredes espessadas e sinais de impactação mucosa.

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 pleuropical à esquerda, associado a traves, estrias e opacidades parenquimais irregulares de aspecto fibroatelectásico adjacentes.

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

***** CONTINUA *****

(Folha 1 de 2)

Assinatura	
Paula F. S. A.	Assinatura
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 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 </div>	

Verifique a visualização. Não pode ser validada



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



Paciente		Prontuário	Nº Cartão SUS
4446969		708008342835227	
Nome do Paciente	Nome da Mãe		
ROSA LINA MARIA DA CONCEICAO			
Data de Nascimento		Consultor	Nº da Solicitação
1995		1995	471661

Micronódulo subpleural calcificado de aspecto residual, localizado na região medial do segmento superior do lobo inferior direito, medindo 0,2 cm.

Linfonodos paratraqueais proeminentes e com áreas centrais hiperdensas, não configurando linfonodomegalias (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.

Tráqueia, esôfago 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 / infecciosa (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. IAN DE OLIVEIRA SILVA

***** FIM *****

(Folha 2 de 2)



[Assinatura]

Assinatura

Nota: Se não for visualizada, 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 osteofitários 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 internos 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 LL).
- 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

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

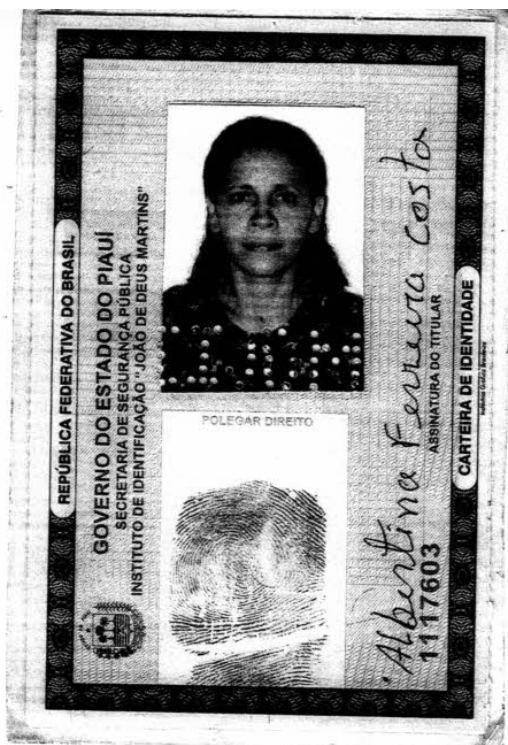
Nota: Incidentalmente, observa-se atelectasia segmentar no ápice do pulmão direito.



lhoras.com.br
1009 1715

Luiz Judéci Pereira de Carvalho Júnior

Evaldo Teixeira Nunes
CRM 2195



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 1.200.110 DATA DE
EXPIRAÇÃO 02/08/17

NOME
ALBERTINA FERREIRA COSTA

FILIAÇÃO
ROSA LINA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE
TIMON-MA DATA DE NASCIMENTO
03/11/1968

DOC. ORIGEM
CERT. CASAM. 21728 L B57 F 266

CPF EXP TERESINA-PI 13/07/17
666.482.463-91 Francisco das Chagas Pinheiro Martins
1117603

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 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 2 108, 94,
Órgão SSP, portador do CPF nº 013 156 123, 56, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUÍ, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA GUARALI, nº 5990,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Albustina Ferreira Costa cujo o condutor era
Julio BARBOSA dos Santos.

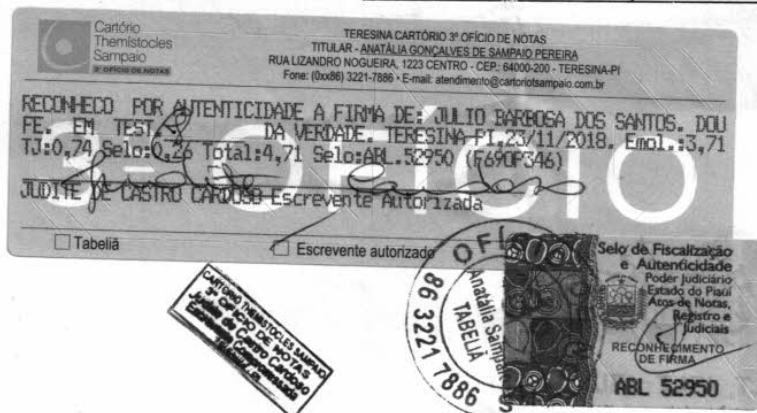
Veículo:
Modelo: Yamaha/Factor YBR 125 X
Ano: 2011
Placa: NIS-7933
Chassi: 9C6K61920C0085288
Data do Acidente: 11/09/2016
Local e Data: Teresina - Piauí 23/11/2018



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/BIBLIOTECASWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário 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 documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residindo em Terresina, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Terresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(86) 3303-4104</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Terresina, 27 de Dezembro de 2018
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

01/2017



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 05/98

Nº da Nota Fiscal

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

PERÍODO	PERÍODO DE VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	02-01-2019	57	55,07

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

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	19006	Atual:	27-11-2018
Anterior:	1,000	Anterior:	23-01-2019
Constante de Multiplicação:	57	Próxima Leitura:	24-12-2018
Consumo Medido:	57	Emissão:	26-12-2018
Consumo Faturado:	NORMAL	Apresentação:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		DADOS DO CONSUMO	
COMERCIAL	MONG	Poste	3-3-3-1
			Média 19 meses

HISTÓRICO kWh	CONSUMO	DES. RI. Q. DA CONTA	VALOR
NOV/18	96	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	4,20
OUT/18	299	CORRECAO MONETARIA IG 11/18-00	0,04
SET/18	232	MULTA POR ATRASO 11/18-00	0,48
AGO/18	184	JUROS POR ATRASO 11/18-00	0,04
JUL/18	208	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,05
JUN/18	211		
MAI/18	159		
ABR/18	307		
MAR/18	224		
FEV/18			

REAJUSTE TARIFAS E SÍNTESE DE PAGAMENTOS: 02-01-2019, CONFOR
ME RESOLUCAO ANEEL 2.490/2018.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 24-12-2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

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

RESERVADO AO FISCO C39F.6C6B.9345.33A3.DC96.FFC8.9722.A49B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	19,03	Base de Cálculo:	22,00%
Energia:	2,99	Alíquota ICMS:	11,06
Transmissão:	3,03	Valor do ICMS:	0,74
Encargos:	15,24	Valor do PIS:	3,44
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
IC	EC	DMC	GRG	IC	EC	DMC	GRG
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
0,00			0,00			0,00	

TERESINA-MACAUBA

Período de Faturamento: 10/2018
EUSR: 28,00





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 1704	02 Data do chamado 31/09/2016	03 PRO (código) 2899	04 Saída do PA 19h	05 Chegada ao local 19h15
	06 Saída do local 19:30	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço AV. PRESIDENTE KENNEDY/VISCONDE DA PARANÁ	11 Bairro PICAREIRA I	12 Município-UF TERESINA-PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência A PCEF CLUBE DOS ECONOMARIOS				
Dados do Paciente	14 Nome ALBERTINA COSTA SOUSA				15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado 2
	16 Idade 47 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado 03/11/1968	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 4	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado 01				
	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado 3				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado 3		21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado 3		
	22 Equipamentos de segurança <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança 04 JAN 2019				
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		24 Sinais Vitais Pulso 120 Resp 20 PA 110/70 TAX 98% SatO2 98%		25 Local da lesão
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 4		27 Pulso Radial 1 Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
Assistência	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não 2		29 Dor 5 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>				
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Calor cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>				
	32 Hospital de Destino HUT				
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado				
	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/> Não Removido				
<p>Observações Interdisciplinar</p> <p>Vítima de acidente de trânsito, refere dor no quadril, enxaquecas no 1º dia. Informa uso de amitril 25g</p> <p>CONFERE COM O ORIGINAL Martina Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU</p>					
Responsável pela recepção 1605		Socorristas Médico AE/TE Vitoria Maria Pereira de Sousa COREN-PI 14388-AE		Enfermeiro Condutor HERMES	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DESVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JAN 2019

SEGURODESA S.A.
CENTRO DE ATENDIMENTO
R. da Paz, 465 - Lda C
Teresina-PI





SAMU
192

FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



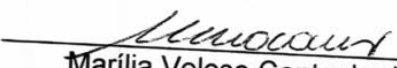
Prefeitura de
Teresina

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **11/09/2016** foi socorrida pelo SAMU a Sra. **Albertina Ferreira Costa** vitima 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 vitima de **Albertina Costa Sousa** ao invés **Albertina Ferreira Costa**.

Germes

Teresina, 04 de Dezembro 2018.


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.sam@teresina.pi.gov.br



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 (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Albertina Ferreira Costa	666.482.463-91	
Profissão:	Endereço:	Número:
Autônoma	Rua Guaraci	5990
Bairro:	Cidade:	Estado:
São Francisco	Terresina	PI
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	64009-800	(86)3303-4104

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2442 ☐ CONTA: 38918 ☐ 0

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no pedido apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Terresina - Piauí 27/12/18
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Albertina Ferreira Costa
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13839637





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





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

Pag. 01265/01266 - carta_02 - INVALIDEZ

00060633



Carta nº 13854005



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 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 %	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

