



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, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190108908 **Vítima: AURICELIA LIMA DE SOUSA**

Data do Acidente: 06/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUÇÃO 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. 00435/00436 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13990007

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190108908

Vítima: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Data do Acidente: 06/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), AURICELIA LIMA DE SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AURICELIA LIMA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02696

CONTA: 000000002126-4

Nr. da Autenticação D4B33FDCB017A3FE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AURICELIA LIMA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02696

CONTA: 000000002126-4

Nr. da Autenticação 3CA54FCB8E4A09B9

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190108908**

Nome do(a) Examinado(a): **AURICELIA LIMA DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RS TORQUATO NETO III Quadra M, sn, casa 25 - Portal da Alegria - Teresina - PI - CEP 64037-835

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2765549**

Data e local do acidente: [**06/11/2018**] **Teresina -PI**

Data e local do exame: [**28/02/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura por avulsão da espinha tibial direita.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, vítima apresenta hipotrofia muscular na coxa e perna, edema no joelho e diminuição leve da amplitude de movimentos do joelho direito.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizou tratamento cirúrgico. Fratura consolidada. Recebeu alta.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do joelho direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Bergiel Barbosa Bezerra
MÉDICO
CRM 3909

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047028/19

Número do Sinistro: 3190108908

Vítima: AURICELIA LIMA DE SOUSA

CPF: 030.414.873-30

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/11/2018

Titular do CPF: AURICELIA LIMA DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/02/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)



OUTORGANTE:

Nome: Auricélia Lima de Sousa

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: União estável

Identidade: 2.765 549

CPF: 030.414.873-30

Profissão: Auxiliar administrativo

Endereço: As torquato nro 111 Sin QD M Lora 25 portal da Alegria

CEP: 64.039.557

Telefone: ()

OUTORGADO:

Nome: Pelle Roze Soares Marques

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade: 4.119 262

CPF: 840.173.173-91

Profissão: Recurso-me

Endereço: Rua 24 de janeiro 544 centro norte

CEP: 64.000 235

Telefone: ()

Pelo presente Instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Auricélia Lima de Sousa

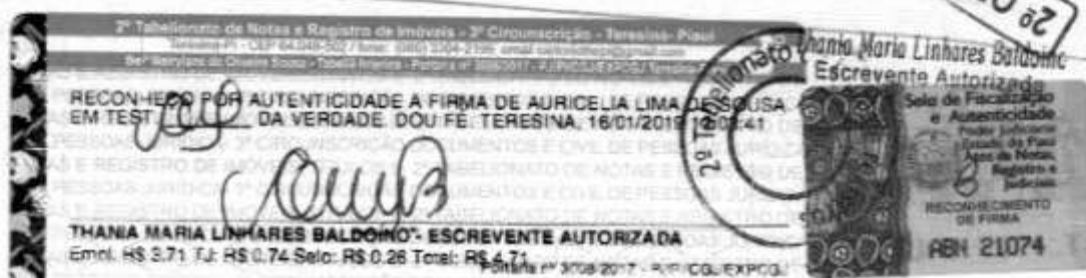
Teresina, 16 de janeiro de 2019

Local e data

Auricélia Lima de Sousa

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190108908 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AURICELIA LIMA DE SOUSA **Data do acidente:** 06/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura por avulsão da espinha tibial direita.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta hipotrofia muscular na coxa e perna, edema no joelho e diminuição leve da amplitude de movimentos do joelho direito.

Resultados terapêuticos: Realizou tratamento cirúrgico. Fratura consolidada. Recebeu alta.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190108908 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AURICELIA LIMA DE SOUSA **Data do acidente:** 06/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA AVULSÃO DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA. (P.6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ARCO MOVIMENTOS JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA EM JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM O RELATÓRIO MÉDICO (P.1) COM DATA DE 28/05/2019, EMITIDO PELO DR. RADEMACK DUARTE AMORIM - CRM: 2751.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA NESTE SINISTRO APÓS PERÍCIA EM 28/02/2019, EM GRAU LEVE DO JOELHO DIREITO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Nelle Roze Soares Marques
ASSINATURA DO TITULAR

0476283

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPIRAÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

RELACÃO

CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTÔNIO SOARES JUCUNDE

CRATEUS-CE

DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

CERT. NASC. 529 L. 81/F. 141
EMP. CRATEUS-CE 25/09/88, vol. 06, f. 141

TERESINA - PI

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 80.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lopo C
Centro-Norte CEP: 64.062-470
Teresina-PI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RENÚNCIA 2.765.549 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/09/05

NOME AURICÉLIA LIMA DE SOUSA

PLACAO

NATALIA MARIA LIMA DE SAUJO
RAIMUNDO RODRIGUES DE SOUSA FILHO

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
TERESINA-PI 15/09/1989

CPF 158459-1 A202 F 97

EXP TERESINA-PI 29/09/05

Perito Criminal

LEI Nº 7.112 DE 20/06/03

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE DEUS MARTINS

Auricélia Lima de Sousa

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

030 414 873-30



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



CLÍNICA SANTO ANTÔNIO S/S

Rua Coelho Rodrigues, 2441 - Cep 64000-080 - Teresina-PI - Tel. 3222-8334/3147/7737/2813

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PLANTÃO DE SEGUNDA À SEXTA 07:00 ÀS 20:00h

Sr(a). AURICELIA LIMA DE SOUSA

A PACIENTE SUPRACITADA SOFREU ACIDENTE DE MOTO NO DIA 06 DE NOVEMBRO DE 2018 COM FRATURA-AVULSÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 24/11/2018. TEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO JOELHO, DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO E DIMINUIÇÃO DA FUNÇÃO DE 50%. CID-M235



Teresina 28 de Maio de 2019

RADEMACK DUARTE AMORIM
CRM 2751-PI
ORTOPEDIA/CIRURGIA DE JOELHO

Voltando a consulta, traga esta receita e Exames Complementares



**CLÍNICA
MACHADO**

Dr. Edimar

RECEITUÁRIO

Declaramos que a paciente Lúcia
de Souza, foi vítima de acidente de trânsito,
TV, fato ocorrido em 06.11.18 às 7:30hs,
quando sofreu forte trauma em MTD,
carcinoma com fratura múltipla e
plato tibial direito, onde foi tratado
cirurgicamente através de osteossíntese
ou seja: placas parafusos e fios de sutura
completa com fio de aço.
com alta definitiva, relatada com
sequelas: fortes dores, limitação
de movimentos, com sensação de enru-
tamento no membro atingido, com
comprometimento funcional de
80%.

Edimar

Te: 13.05.19

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 MAIO 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

Residencial Tropical Park

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

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

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

RECEITUÁRIO

Definimos que a avaliação
física de rotina, foi utilizada sob o ponto de
vista, foto ocorrida em 06.11.18 às
13:00h, tendo sofrido forte trauma que
mis, ocasionou com futura avaliação
que plausível seria to, onde foi tra-
tada cirurgicamente através de osteotomia
se ou seja placas perfuradas e fios meta-
licas com placa de tumor com fixação
para com a to definitiva, sendo com
sequelas: fortes dores, limitação dos
movimentos, com formação de eu-
ceramento funcional de 85%



- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

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

Edimar Machado
20.05.2019

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

End. RUA DR AREA LEO 2007 Bairro MONTE CASTELO Cid. TERESINA UF PI CEP Fone 86 8855 2777 Ident.: Fone 2765549/PI

Data: 06/11/2018 08:35 DR MILTON BATISTA
No. atend. 273507 URGENCIA

* URGENCIA INTERMED

ALEGA ACIDENTE DE MOTO POR EM JOELHO DIR
RX SINAIIS DE LESAO COLATERAL
TUBO GESSADO
REFILAR

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

CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA
Carolina de B. Verras Neto
Diretor Administrativo
Carolina de B. Verras Neto
Diretor Administrativo

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

End. RUA DR AREA LEOAO 2007 Bairro MONTE CASTELO Cid. TERESINA UF PI CEP Fone 86 8855 2777 Ident.: Fone 2765549/pj

Data: 14/11/2018 08:50 DR MILTON BATISTA

* RETORNO INTERMED

RNM DO JOELHO DIR

Data: 13/11/2018 07:40 DR MILTON BATISTA
RET GESSO

* CONSULTA INTERMED

USANDO GESSO TUBO A DIR, SEM QUEIXAS, RET GESSO
AO EXAME SINAIS DE LESOES LIGAMENTAR
SOLICITO RNM

* URGENCIA INTERMED

Data: 06/11/2018 08:35 DR MILTON BATISTA
No. atend. 275507 URGENCIA
ALEGA ACIDENTE DE MOTO DOR EM JOELHO DIR
RX SINAIS DE LESAO COLATERAL.
TUBO GESSADO
TEFLAN

Data: 21/02/2014 15:48 DR ODILMAR AMORIM

* CONSULTA INTERMED

** QUEIXA PRINCIPAL **

dor nas costas

** EXAME COMPLEMENTAR **

dor transição toracolumbar

Data: 12/09/2013 09:31 DR ODILMAR AMORIM

* AGENDADA INTERMED

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

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

ENTRE GENTE SEGURADORA S.A. E A
Carolina de B. Veras Melo
Diretor Administrativa



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎ (0**86) 99833-3055

Nome: _____

***** LAUDO RADIOLÓGICO *****

No. Atend: 275507 Data: 06/11/2018

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Solicitante: DR MILTON BATISTA

Convênio: INTERMED

Exame: 0207-RX JOELHO DIREITO




CONCLUSÃO:

AVULSÃO DE FRAGMENTO OSSEO NA ESPINHA TIBIAL

Teresina(PI), 22 de Novembro de 2018

Data ____/____/____


Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada



Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina

24
HORAS

Paciente: 275507 AURICELIA LIMA DE SOUSA

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA

AURICELIA LIMA DE SOUSA

ID: 275507

DATA 20181108

CONT:

WL: 4096 2048

ZOOM: 173.71%

No IMGS: 10

IMG ATUAL: 1

ACQIS: 1

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA

AURICELIA LIMA DE SOUSA

ID: 275507

DATA 20181108

CONT:

SE

WELTAD

ZOOM: 1

No

IMG

KV

MAS

DRX-1

KV

MAS

DRX-1

MATRIZ: 3028 x2194
FOV: 176 mm x 400 mm

MATRIZ: 3028 x2194
FOV: 176 mm x 400 mm

Ficha de Atendimento
Internação / Adulto



DADOS DO PACIENTE

Nome: AURICELIA LIMA DE SOUSA
CPF: 03041487330
Mãe: NATALIA MARIA LIMA DE ARAUJO
Carteirinha: 09330564417381015
Convênio: INTERMED ✓
Endereço: RUA DOUTOR AREA LEAO
CEP:

Idade: 29
Identidade / RG: 2765549
Pai: RAIMUNDO RODRIGUES DE SOUS
Senha Aut:
Plano: OURO ✓
Bairro: MONTE CASTELO
Cidade: TERESINA

Dt. Nascimento: 15/09/1989 02:00:00
Sexo: F
Telefone: 95106325
Guia:
Validade: 31/08/2022
Complemento:
Estado: PIAUI

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 574172
Origem do Atendimento: INTERNAÇÃO
Médico: RADEMACK DUARTE AMORIM
Procedimento: FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRUR
Unidade de Internação: POSTO 01

Prontuario: 89249
Usuario: ANETA

Data: 24/11/2013

Leito: VIRTUAL_001_01

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:
Endereço:

Telefone:
Bairro:

Complemento:

Termo de Responsabilidade

1ª - Autorizo o corpo clínico deste Hospital a praticar qualquer tratamento médico ou cirúrgico (operação, anestesia, transfusão ou outros) que for julgado necessário ou prudente no paciente acima identificado, assim como transferi-lo para outra unidade hospitalar desde que os médicos achem necessário.

2ª - Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirúrgico e anestésico.

3ª - Declaro que me responsabilizo pela retirada do paciente após a sua alta e estou ciente que o Hospital tomará as medidas legais para o seu encaminhamento caso o mesmo não seja retirado após a alta.

4ª No caso de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, elas serão tomadas pelo Hospital de acordo com as normas legais.

Hospital Unimed - Setor Internação

Cliente / Responsável



Ficha de Cirurgia Descritiva

Diretor Clínico :

Aviso de Cirurgia :32674

Sala :0019

Paciente :89249

Convênio Atend. :478

Leito :0567

Dt. Início :24/11/ 2018 09:10 Dt. Fim: 24/11/2018 10:40

Cid Pré-Operatório:

Cid Pós-Operatório:

Anestesia: ANESTESIA COMBINADA RAQUE/SEDACAO

SALA 02

AURICELIA LIMA DE SOUSA

INTERMED

APARTAMENTO_78



Código da Descrição: 27878

Atendimento : 574172

Carte ra : 09330564417381015

Idade : 29 Anos 2 Meses 9 Dias

Procedimentos e Equipe Médica

Procedimento	Convênio	Plano
30733065 , Reparo ou sutura de um menisco - procedi	476 UNIMED TERESINA	002
Equipe		
CIRURGIAO	2751 RADEMACK DUARTE AMORIM	 Dr. Rademack Duarte Amorim Ortopedia e Cirurgia do Joelho CRM-PI 2751 - REC 11278 Sandra Maria Coelho de Moura Anestesiologia CRM-PI 883
1º AUXILIAR	4565 BENEDITO VERAS BATISTA JUNIOR	
ANESTESISTA	883 SANDRA MARIA COELHO DE MOURA	
CIRCULANTE DE	514455 ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA	
INSTRUMENTAD	524937 MADALENA DA PENHA ROCHA CALAND	
30733073 , Reconstrução, retencionamento ou reforço	478 INTERMED	002
Equipe		
CIRURGIAO	2751 RADEMACK DUARTE AMORIM	 Dr. Rademack Duarte Amorim Ortopedia e Cirurgia do Joelho CRM-PI 2751 - REC 11278 Sandra Maria Coelho de Moura Anestesiologia CRM-PI 883
1º AUXILIAR	4565 BENEDITO VERAS BATISTA JUNIOR	
ANESTESISTA	883 SANDRA MARIA COELHO DE MOURA	
CIRCULANTE DE	514455 ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA	
INSTRUMENTAD	524937 MADALENA DA PENHA ROCHA CALAND	
30726123 , Fraturas e/ou luxações ao nível do joelho - t	476 UNIMED TERESINA	002
Equipe		
CIRURGIAO	2751 RADEMACK DUARTE AMORIM	 Dr. Rademack Duarte Amorim Ortopedia e Cirurgia do Joelho CRM-PI 2751 - REC 11278 Sandra Maria Coelho de Moura Anestesiologia CRM-PI 883
1º AUXILIAR	4565 BENEDITO VERAS BATISTA JUNIOR	
ANESTESISTA	883 SANDRA MARIA COELHO DE MOURA	
CIRCULANTE DE	514455 ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA	
CIRCULANTE DE	524937 MADALENA DA PENHA ROCHA CALAND	
INSTRUMENTAD	514455 ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA	
INSTRUMENTAD	524937 MADALENA DA PENHA ROCHA CALAND	

Descrição

Detalhamento

PACIENTE EM DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
ABERTURA DE PORTAIS PARA ARTROSCOPIA
OBSERVADO FRATURA AVULSÃO DO LCA E LESÃO DE
MENISCO LATERAL
FEITO MENISCOPLASTIA LATERAL
FEITO RETENCIONAMENTO DO LCA E FIXAÇÃO DA FRATURA AVULSÃO COM FIOS DE KIRSCHNER
FEITO PASSAGEM DE FIOS PDS I PARA FIXAÇÃO DA FRATURA E RETIRADO FIOS DE KIRSCHNER
FECHAENTO DE SUTURA E CURATIVO LOCAL

MEDICO(A):
CRM:

Dr. Rademack Duarte Amorim
RADIOPEDIA e Cirurgia do Joelho
CRM 14278
RADAMACK DUARTE AMORIM
2751



FICHA ANESTÉSICA

Atendimento: 574172

Convenio: INTERMED

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

IDADE: 29 Anos 2
Meses 9 Dias

SEXO: Feminino

PESO:

A.S.A.: I ☒ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐

Atendimento: Elet ☒ Urg. ☐ Emerg. ☐

Cirurgia: RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR(30733073) REPARO DE MENISCO 30733065 E FRATURAS OU LUXAÇÃO A NÍVEL DE JOELHO 30726123

Anestesista: SANDRA MARIA COELHO DE MOURA FE

CRM: CRM: 883

Início da anestesia: 9H10'

Fim da anestesia: 10H501

Monitorização:

SATO2%	99%	99%	99%											
PET CO2														
TEMP														
BIS														

Gases:

SELECIONE														
SELECIONE														
SELECIONE														

Monitorização

<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input checked="" type="checkbox"/> OXIMETRO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PAM	<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>

Líquidos Administrados:

SF 0.9% 250 ML	1FR													
SRL 500 ML						1FR								
SELECIONE														
SELECIONE														

Técnica
Anestésica

RAQUIANESTESIA ISOBÁRICA, ANTISSEPSIA LOMBAR COM CLOREXIDINA, PUNÇÃO L3L4 PARAMEDIANA AGULHA 27, LÍQUOR CLARO BUPIVACAÍNA 0,5% 15MG E MORFINA 100MICG E SEDAÇÃO VENOSA COM MIDAZOLAN E FENTANIL

Intercorrências : NÃO

Sandra Maria Coelho de Moura Fe

Bra. Sandra Coelho de Moura Fe
Anestesiologia
CRM-PI: 883



SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 28-11-2018 11:50
CONVÊNIO: INTERMED
PRONTUÁRIO: 89249
ATENDIMENTO: 574172

Acesso		Drenos	
<input checked="" type="checkbox"/> Periférico	<input type="checkbox"/> Flebotomia	<input type="checkbox"/> Tora = D	<input type="checkbox"/> Dreno a Vácuo
<input type="checkbox"/> Subclávia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tora = F	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	Monotorização <input checked="" type="checkbox"/> Monitor Cardíaco <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro <input type="checkbox"/> Capnógrafo <input type="checkbox"/> PIC	
<input type="checkbox"/> Gastrostomia	<input type="checkbox"/> Arritmia		
<input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Peça (s) cirúrgica (s): <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não			

Índices de Aldrete-Kroulik

		NOTA	ADM	40'	1H	2H	ALTA
Atividade	Move 04 membros	2	01	01	01	01	02
	Move 02 membros	1					
	Move 00 membros	0					
Respiração	Profunda	2	02	02	02	02	02
	Límite dispnéia	1					
	Apnéia	0					
Consciência	Completamente consciente	2	02	02	02	02	02
	Despertado ao chamado	1					
	Não responde ao chamado	0					
Circulação	PA: 20% do nível pré-anestésico	2	02	02	02	02	02
	PA: 20% a 49% do nível pré-anestésico	1					
	PA: 50% do nível pré-anestésico	0					
SpO2	Mantém SPO > 92% em ambiente	2	02	02	02	02	02
	Mantém SPO > 90% em O2	1					
	Mantém SPO < 90% em O2	0					

ALTA DA RECUPERAÇÃO

SEGUE DE ALTA DA SRPA PARA POSTO-05, APTO. 78, ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM HV, SSVV NOS PADRÕES NORMAIS, SEM QUEIXAS. RESSALTAR: ALTA POR ORDENS MÉDICAS. TEC ENFERMAGEM ROMULO CÉSAR.

Anestesiologista

Enfermagem

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

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

Nome: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Leito / Apto: APT_78

Início: 09H10'

Cirurgia: RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR(30733073)
REPARO DE MENISCO 30733065 E FRATURAS
OU LUXAC

Anestesia: RAQUIANESTESIA ISOBÁRICA

Término: 10H50'

Admissão: 24/11/2018

Hora:

Pct. admitido na SRPA oriundo da S.O. no pós-operatório do TTO CIRURGICO DE RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR(30733073) REPARO DE MENISCO 30733065 E FRATURAS OU LUXACAO A NIVEL DE JOELHO 30726123, sob efeito de ANESTESIA COMBINADA LOCAL / SEDACAO, sem aporte de O₂, evolui consciente, orientado, fásico, normocárdico, normocorado, eupnéico, afebril, RELATA alergia medicamentosa, NEGA HAS e DM, acesso venoso periférico em MSE + SF 0,9%. Pct. segue de alta.

Vias Aéreas

- ☐ Cateter ☐ Cânula Guedel
☐ Entubado ☐
☐ Máscara

Gases O₂

l/min

Alergias

Ligado

SOBROMIL

Desligado

Sinais Vitais

Horario	PA	P	F.R	T	SpO ₂	Diurese		
	120x80	87	15	35,6	99			

Sinais Vitais

		Soros	Sangue	Soma
Ganhos (G)				
Perdas (P)				
	Diurese			
Balanço (G.P) =				

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

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

Encaminhamento do paciente dos postos para o CC:

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Hora: 08:00

Jejum: ☒ Sim ☐ Não

Antibioticoprofilaxia: ☐ Sim ☐ Não

Tricotomia: ☒ Sim ☐ Não

Higienização: ☒ Sim ☐ Não

Peso:

Admissão no centro cirúrgico

Confirmado identificação	Sím <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Confirmado procedimento previsto	Sím <input checked="" type="radio"/> Qual? <input type="radio"/> Não soube informar <input type="radio"/> Informou correto <input type="radio"/>
Consentimento livre esclarecido assinado	Sím <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Confirmado sítio cirúrgico	Sím <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Confirmado lateralidade	Direito <input checked="" type="radio"/> Esquerdo <input type="radio"/> Bilateral <input type="radio"/> Não se aplica <input type="radio"/>
Confirmado alergia conhecida	Sím <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Confirmado tempo de jejum	Sím <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não se aplica <input type="radio"/>
Confirmado exames necessários ao procedimento	Sím <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Retirados adornos e próteses	Sím <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não se aplica <input type="radio"/>

Responsável: RÔMULO -23H-23/11-NEGA HAS/DM

Antes da indução anestésica (SIGN IN)

Confirmado identificação do paciente	Sím <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Confirmado procedimento	Sím <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Sítio demarcado	Sím <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Aparelho de anestesia testado e funcionando	Sím <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Monitorização testado e funcionando	Sím <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Alergia conhecida	Sím <input checked="" type="radio"/> Qual? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Via aérea difícil	Sím <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/>
Risco de perda sanguínea considerável > 500ml (7ml / Kg em crianças)	Sím <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/>
Confirmado materiais, instrumentais e equipamentos	Sím <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Confirmado esterelização de materiais necessários	Sím <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Uso de hemoderivados	Sím <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/>
Conferidos Compressas	Sím <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Conferido Gases	Sím <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>

Responsável:

Rosilene Gomes de Oliveira
Téc. em Enfermagem
COREN-PI 514.455

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

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

TIME OUT

CIRURGIA SEGURA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

PACIENTE: AURICELIA LIMA DE SOUSA

PRONTUÁRIO 89249

ANESTESISTA :

DATA NASCIMENTO 15/09/1989

CIRURGIÃO RADEMACK DUARTE AMORIM AUXILIAR:

CIRURGIA: REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO INSTRUMENTADOR

CIRCULANTE

LATERALIDADE :	RECURSO OPME:	PROFILAXIA: ANTIBIÓTICA	ALERGIA:	PRECAUÇÕES	VAGA DE UTI	RESERVA DE SANGUE
<input type="checkbox"/> ESQUERDO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM
<input checked="" type="checkbox"/> DIREITO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	BROMIL	PADRÕES	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> BILATERAL						<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA

APÓS A INDUÇÃO ANESTÉSICA

POSICIONAMENTO CORRETO PARA A CIRURGIA E SUSAS PROTEÇÕES ☒

JEJUM: RÔMULO - 23/11-
23H-

ANTES DE SAIR DA SALA DE CIRURGIA (SIGN OUT)

PROCEDIMENTOS REALIZADO	CONFERIDO GASES E COMPRESSAS	PEÇA CIRÚRGICA IDENTIFICADA	IDENTIFICADO LESÃO DE PELE	MANTIDO TECNICAS ASSÉPTICAS	PROBLEMAS COM EQUIPAMENTOS	GRAU DE CONSCIÊNCIA
<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> ACORDADO
<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SONOLENTO
		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA				<input type="checkbox"/> ADORMECIDO
						<input type="checkbox"/> ENTUBADO
						<input type="checkbox"/> OUTRO

Rosilene Gomes de Oliveira
Téc. Enf. Enfermagem
CONCEP 914.455

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
07 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Lote C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



Hospital Unimed Primavera
Rua Território Fernando de Noronha, 2566. Fone: (86) 2107-1616
CNPJ: 065550310002-76
Teresina - Piauí

Sousa

CONSUMO DE SALA 24-11-18

Paciente: Duricelia Lima de
Convênio: Interméd
Cirurgião: Raimundo
Cirurgia: Faco e luxações
Atendimento: 574172
Circulante: Rozilene

Quantidade	Descrição	Quantidade	Descrição
------------	-----------	------------	-----------

01	capa p/ video		
01	capa p/ intensificador		
01	Equipo p/ irrigação 4 vias		
01	lâmina de Shaver n° 315 mm		
01	Fio de Kirschner n° 2.0		
01	lâmina de microdebridamento razer (sifundo)		
02	Fios quimica catibrado		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
07 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.A.

Capa para Videocirurgia

Tamanho 150mm x 2500mm

Ref.: S0097

Registro ANVISA - 80251140005

F. 10/09/18 LOTE
V. 10/09/20 902754

American Instruments
Fabricante
recomenda uso único

REF: S0086

CAPA PROTETORA 80 X 120 MM P/ INTENSIFICADOR

DE IMAGENS

Esterilização em Óxido de Etileno

Resp. Téc.: Priscila Biscaro CRQ: 04200899

Data Fabricação: 07/02/2018

Data Validade: 07/02/2020

Contém Látex Natural, Pode Causar Alergia.

Artigo Médico Hospitalar / Não Reesterilizar

Reg. ANVISA: 80251140047

Lote: 396

Contém 01 Unidade

Rep. Técnica: Priscila Biscaro - CRQ 04200899

Não utilizar se a embalagem estiver violada.

instruções de uso disponíveis em:
www.americaninstruments.com.br/produtos

American Instruments Eireli - EPP

CNPJ: 06981319/0001-21

AV. 53 - nº 1227 - CEP 13501-330

Rio Claro/SP - Brasil

tel: 19 3531 9100 - fax: 19 3531 9109

www.americaninstruments.com.br

REF: A16015A
EQUIPO P/ IRRIGACAO C/ CONECTOR GRADUADO 4 VIAS
Esterilização em Óxido de Etileno
Resp. Téc.: Priscila Biscaro CRQ: 04200899
Data Fabricação: 27/06/2020
Data Validade: 27/06/2020
Reg. ANVISA: 802511400049
Lote: 140
Contém 01 Unidade

7898270278143

instruções de uso disponíveis em:
www.americaninstruments.com.br/distribuidores

American Instruments Eireli - EPP

CNPJ: 06981319/0001-21

AV. 53 - nº 1227 - CEP 13501-330

Rio Claro/SP - Brasil

tel: 19 3531 9100 - fax: 19 3531 9109

www.americaninstruments.com.br

Fixe esta etiqueta no relatório do Paciente

CARULA DE MICRODEBRIDACAO RAZER - AHC

2.00.01

Cód. 861870000 INCL. OT. 000898

Registro ANVISA N° 80251140005

Vál. 22/01/2018 - Vál. 2 ANOS

Res. Técnico: Priscila Biscaro CRQ: 04200899
CNPJ: 06981319/0001-21
AV. 53 - nº 1227 - CEP 13501-330
Rio Claro/SP - Brasil
tel: 19 3531 9100 - fax: 19 3531 9109
www.americaninstruments.com.br

Atendimento: 574172

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Data de Nascimento: 15/09/1989

Médico Assistente: RADEMACK DUARTE AMORIM

Prestador Responsável: ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA

Conselho / Número COREN - PI - 514455

Idade: 29 Anos 2 Meses

Leito Atual: APT_78

Setor: POSTO 5

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 24/11/2018

Data anotação: 24/11/2018

Responsável: ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA

Hora anotação: 09:48

Leito: APARTAMENTO_78

09:50HS PCT ADMITIDA NO C.C PARA TTT CIRURGICO DE RECONSTRUÇÃO RETENCIONAMENTO OU REFORÇO, REPARO OU JUNTURA DE UM MENISCO, FRATURA OU LUXAÇÕES AO NIVEL DO JOELHO DIREITO, PELO DR. RADEMACK DUARTE, VEIO DE CADEIRA DE RODAS, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA COM EXAMES .NEGA + HAS + DM, EM JENJUM, RELATA ALERGIA MEDICAMENTOSA A SOBROMIL.

09:00HS REALIZADA PUNÇÃO VENOSA NO M.S.E, COM JELCO N°20, SSVV SEGUE ESTAVEIS. REALIZADA ANESTESIA TIPO RAQUE + SEDAÇÃO , PELA ANESTESIOLOGISTA DRA. SANDRA MARIA MOURA FÉ.

09:10HS ADMINISTRADO 02 AMPOLAS DE DÍPIRONA, 02 FRASCO DE CEFAZOLINAS, 01 AMPOLA DE MOD.FICAL DE 8MG, 01 AMPOLA DE BROMOPRIDA, 01 AMPOLA DE RANITIDINA, 01 AMPOLA DE DEXAMETASONA, AMBAS PELA ANESTESIOLOGISTA DRA. SANDRA MARIA MOURA FÉ.

INICIO DO PROCEDIMENTO CIRURGICO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

10:50HS PROCEDIMENTO REALIZADO COM SUCESSO, PCT ENCAMINHADA A S.R.P.A. SOB EFEITO DE ANESTESIA RAQUE + SEDAÇÃO, COM EXAMES, AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.



Rozilene Gomes de Oliveira
ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA
COREN 514455

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA
Data nasc: 15/09/1989 Idade: 29a 2m 10d
Pedido: 137575 Atendimento: 574172
Convênio: INTERMED Data do Exame: 24/11/2018
Med. Solicitante: RADEMACK DUARTE AMORIM

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO


RELATÓRIO:

- Pequena avulsão óssea localizada na borda do platô tibial lateral.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume das partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Pequena avulsão óssea localizada na borda do platô tibial lateral.
- Aumento do volume das partes moles.




JOELSON OLIVEIRA MOREIRA
CRM : 2353

HOSPITAL UNIMED ILHOTAS
Rua Monsenhor Gil, 3330 - Cep 64001-545
Frei Serafim - Teresina - Piauí Tel.: (86) 2107-8686
Fax: (86) 2107-8652 CNPJ: 06.555.031/0001-95

HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA
Rua Território Fernando de Noronha, 2566 - Cep 64007-250
Teresina - Piauí. Tel.: (86) 2107-1600
CNPJ: 06.555.031/0002-76



Diego

Paciente...: 89249 - AURICELIA LIMA DE SOUSA Nasc: 15/09/1989 29a 2m 9d

Prescrição.: 782587 Data Prescrição: 24/11/2018 11:01
Setor Solic: POSTO 5 NR Carteira: 09330564417381015
Atendimento: 574172 Validade:
Origem Atd.: INTERNAÇÃO Classificação de Risco:
Convênio...: INTERMED Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Prestador...: 2751 RADEMACK DUARTE AMORIM
Acomodação.: APT_78 Leito: APARTAMENTO_78
Unid Intern: POSTO 05
Cid.....: M235 INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO Usuário: RAMORIM

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado

Para: DIAGNOSTICO POR IMAGEM PRIMAVE

Exames:	Qtd.	Pedido	Data Coleta	Material	Loc. Anatômico	Accession Number	Cod. Fatur.
RX JOELHO AP - LAT (DIREITO)		 137575	24/11/2018 11:01			 155830	AT 40804054

Em Operatório

Dr. Rademack Duarte Amorim
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PI 2751 - TEG 11278

RADEMACK DUARTE AMORIM
CRM : 2751





AURICELIA LIMA DE SOUSA
DN:15/09/1989 029Y

HOSPITAL UNIMED TERESINA
ID:89249

Data:24/11/2018
TEC:DIEGO

Localizar paciente (7) Auricelia Lima De Sousa

Olá Urgência Plantonista [Sair](#)

Prontuário do paciente: **89249** Data de nascimento: **15/09/1989 (29Y 2M)** Sexo: **Feminino**

Auricelia Lima De Sousa,89249
Acc: 165830
Estudo desc.: JOELHO - 2 VISTAS
Séries desc.: LATERAL
2 - 1 (TUDO)
Com perda (1:29)



Histórico do paciente (1)

Laudos do paciente

DEPARTAMENTOS DE SINIS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
07 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

Paciente...: 89249 - AURICELIA LIMA DE SOUSA
Prescrição...: 782587 Data: 24/11/2018 11:01
Atendimento: 574172 Dt Nasc: 15/09/1989 (29a 2m 9d)
Convênio...: INTERMED
Internação...: 24/11/2018 07:22 0 Dias(s) int
Médico...: RADEMACK DUARTE AMORIM - CRM 2751
FUNÇÃO: MEDICO(A)
Unid. Int.: POSTO 05 Leito...: APARTAMENTO_78 Cobertura: APARTAMENTO STANDARD
Cid...: M235 INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO Diagnóstico:

1ª VIA

Assinatura do Responsável



PREScrição MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIETA LIVRE						[24/11] 11:01

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 TRAMADOL SOL INJ 50MG/ML - 2ML - PAZ	1	ML		IV	8/8 H	[24/11] 07:22
Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO DE FRATURA DE M. TALA						[25/11] 07:22
3 SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1	FR				[24/11] 07:22
4 CETOPROFENO IV PO SOL INJ 100MG	1	FA		IV	12/12 H	[24/11] 07:22
Obs.: SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1	FR				[25/11] 07:22
Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO						

5 HEPARINA SOL SOL INJ 5000UI/ML - 1 AMPOLA	1	AMPOLA		SC	1X/12H	[24/11] 07:22
Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO DE FRATURA DE M. TALA						[25/11] 07:22

5 DAPIRONA SOL INJ 500MG/ML - 2ML	1	AMPOLA		IV	6/6 H	[24/11] 07:22
						[25/11] 07:22

6 CLINDAMICINA ZOTINÁ (G) 600MG	1	FA		IV	12/12 H	[24/11] 07:22
Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO DE FRATURA DE M. TALA						[25/11] 07:22
Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO DE FRATURA DE M. TALA						

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 RX JOELHO AP - LAT (DIREITO) ; Exame: OK!						137575

PROCEDIMENTOS DO ENFERMEIRO	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
8 COMPRESSA DE GELO						[24/11] 07:22

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

Dr. Rademack Duarte Amorim
Ortopedia e Cirurgia
CRM-PI 2751 - 25/11/2018
RADEMACK DUARTE AMORIM
CRM-PI 2751

Atendimento: 574172

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Data de Nascimento: 15/09/1989

Médico Assistente: RADEMACK DUARTE AMORIM

Prestador Responsável: LUCIANA MARIA VITORIA DE VASCONCELOS

Conselho / Número COREN - PI - 001054389

Idade: 29 Anos 2 Meses

Leito Atual: APT_78

Setor: POSTO 5

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 24/11/2018

Data anotação: 24/11/2018

Hora anotação: 12:53

Responsável: LUCIANA MARIA VITORIA DE VASCONCELOS

Leito: APARTAMENTO_78

13:30 RECEBO PACIENTE EM TTO ISTABILIDADE CRONICA DO JOELHO DO C.C. CALMA, CONCIENTE, ORIENTADA, FASICA, AFEBRIL, NORMOCARDICA, NORMOTENSA, EUPNEICO RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, DIETA LIVRE, A/P EM HV, DEAMBULA COÍTAIXII, DPE. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

E.T VERIFICADO SSVV SEM ALTERAÇÕES: REALIZADO RX DE CONTROLE.

P.A = 120X80

P = 78

R = 16

TAX = 36.4

SAT = 95%

14:00 VERIFICADO SSVV SEM ALTERAÇÕES:

P.A = 120X80

P = 99

R = 16

TAX = 35.9

SAT = 98%

14:00 ADMINISTRADO MEDICAÇÃO DE HORARIO HEPARINA SC, DIPIRONA EV CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.

16:00 ADMINISTRADO MEDICAÇÃO DE HORARIO CEFAZOLINA EV CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.

18:00 REALIZADO DUPLA CHECAGEM. SEGUE COM AVP SALINIZADO. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.




LUCIANA MARIA VITORIA DE VASCONCELOS
COREN 001054389

Atendimento: 574172

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Data de Nascimento: 15/09/1989

Médico Assistente: RADEMACK DUARTE AMORIM

Prestador Responsável: NADIA SANDRA SILVA SOUSA

Conselho / Número COREN - PI - 922120

Idade: 29 Anos 2 Meses

Leito Atual: APT_78

Setor: POSTO 5

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 24/11/2018

Data anotação: 24/11/2018

Hora anotação: 20:15

Responsável: NADIA SANDRA SILVA SOUSA

Leito: APARTAMENTO_78

RECEBO PACIENTE AURICELIA LIMA DE SOUSA, EM TTO ESTABILIDADE CRONICA DO JOELHO DO C.C. CALMA, CONCIENTE, ORIENTADA, FASICA, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, COM BOA OXIMETRIA DE PULSO, AFEBRIL, NORMOCARDICA, NORMOTENSA, COM ACESSO PERIFERICO EM BOM FUNCIONAMENTO, SÓ EM USO DE HV, DIETA LIVRE, DIURESE ESPONTANEA AUSENTE NESSE MOMENTO. SEGUE AOS CUIDADOS.


PA=120/60
SAT=98
FC=88
R=18
TEMP=36.3

22:00H ADMINISTRADA MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

00:00H ADMINISTRADA MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

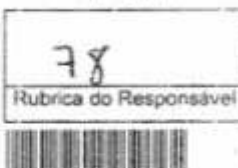
06:00H ADMINISTRADA MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.




NADIA SANDRA SILVA SOUSA
COREN 922120

Paciente...: 89249 - AURICELIA LIMA DE SOUSA
Prescrição.: 783438 Data: 25/11/2018 17:25
Atendimento.: 574172 Dt Nasc.: 15/09/1989 (29a 2m 11d)
Convênio...: INTERMED
Internação...: 24/11/2018 07:22 1 Dias(s) int
Médico...: RADEMACK DUARTE AMORIM
Unid. Int.: POSTO 05 Leito...: APARTAMENTO 78 Cobertura: APARTAMENTO STANDARD
Cid...: M235 INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: SERGIO PARENTE LIRA - CRM - PI - 4294
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIETA LIVRE						[25/11] 17:25
MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 TRAMADOL SOL.INJ. 50MG/ML - 2ML (*)A2 Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO DE FRATURA DE PATELA -> SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1	ML		IV	8/8 H	[25/11] 02:00 [26/11] 06:00
3 CETOPROFENO IV PO SOL.INJ.100MG -> SORO FISIOLÓGICO - 100ML Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO	1	FA		IV	12/12 H	[25/11] 07:25 [26/11] 05:30
4 HEPARINA SC SOL. INJ. 5.000UI/ML-0,25ML Justificativa: paciente no pósoperatório de fratura avulsão do lca	1	AMPOLA		SC	1 X AO DIA	[25/11] 07:25
5 DAPIRONA SOL.INJ. 500MG/ML-2ML	1	AMPOLA		IV	6/6 H	[25/11] 18:00 [26/11] 00:00
6 (D2/2) CEFAZOLINA 1G PÓ INJET Justificativa: paciente no pósoperatório de fratura avulsão do lca Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO DE FRATURA DE artroscopia	1	FA		IV	6/6 H	[25/11] 10:00 [26/11] 06:00
PROCEDIMENTOS DO ENFERMEIRO	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 COMPRESSA DE GELO	5					[25/11] 17:25



SERGIO PARENTE LIRA
CRM 4294

Atendimento: 574172

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Data de Nascimento: 15/09/1989

Médico Assistente: RADEMACK DUARTE AMORIM

Prestador Responsável: SULAMITA TELES BACELAR DE SOUSA

Conselho / Número COREN - PI - 855101

Idade: 29 Anos 2 Meses

Leito Atual: APT_73

Setor: POSTO 5

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 25/11/2018

Data anotação: 25/11/2018

Hora anotação: 18:35

Responsável: SULAMITA TELES BACELAR DE SOUSA

Leito: APARTAMENTO_78

CLIENTE, EM 1 PO ISTABILIDADE CRONICA DO JOELHO CONCIENTE, ORIENTADA, FASICA, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, COM BOA OXIMETRIA DE PULSO, AFEBRIL, NORMOCARDICA, NORMOTENSA, COM ACESSO PERIFERICO EM BOM FUNCIONAMENTO, SÓ EM USO DE HV, DIETA LIVRE, DIURESE ESPONTANEA. SEGUE AOS CUIDADOS. 08:00 AFERIDO SSVV ESTÁVEIS.

PA=120/60

SAT=98

FC=88

R=18

TEMP=36.3

09:00 ADM. MEDICAÇÃO (DIPIRONA IV AD)


10:00 ADM. MEDICAÇÃO DE HORÁRIO.(CEFAZOLINA IV AD)

12:00 REALIZADO COMPRESSA DE GELO., SOB. AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

14:00 CLIENTE EVOLUI NO LEITO, CALMA NO MOMENTO SEM QUEIXAS ALGICAS.

18:00 CLIENTE EVOLUI REFERINDO DOR, COMUNICADO AO ENFERMEIRO DE PLANTÃO. (ADM. MEDICAÇÃO DIPIRONA IV AD + CEFAZOLINA IV AD, REALIZADO COMPRESSA DE GELO)




SULAMITA TELES BACELAR DE SOUSA
COREN 855101

Atendimento: 574172
Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA
Data de Nascimento: 15/09/1989
Médico Assistente: RADEMACK DUARTE AMORIM
Prestador Responsável: NADIA SANDRA SILVA SOUSA
Conselho / Número COREN - PI - 922120

Idade: 29 Anos 2 Meses
Leito Atual: APT_78
Setor: POSTO 5

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 24/11/2018

Data anotação: 24/11/2018

Responsável: NADIA SANDRA SILVA SOUSA

Hora anotação: 20:15

Leito: APARTAMENTO_78

RECEBO PACIENTE AURICELIA LIMA DE SOUSA, EM TTO ISTABILIDADE CRONICA DO JOELHO DO C.C. CALMA, CONCIENTE, ORIENTADA, FASICA, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, COM BOA OXIMETRIA DE PULSO, AFEBRIL, NORMOCARDICA, NORMOTENSA, COM ACESSO PERIFERICO EM BOM FUNCIONAMENTO, SO EM USO DE HV, DIETA LIVRE, DIURESE ESPONTANEA AUSENTE NESSE MOMENTO. SEGUE AOS CUIDADOS.

PA=120/60
SAT=98
FC=88
R=18
TEMP=36.3

22:00H ADMINISTRADA MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

00:00H ADMINISTRADA MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

06:00H ADMINISTRADA MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.



Nadia Sandra Silva Sousa
NADIA SANDRA SILVA SOUSA
COREN 922120

Atendimento: 574172

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Data de Nascimento: 15/09/1989

Médico Assistente: RADEMACK DUARTE AMORIM

Prestador Responsável: LAECIA GOMES MARINHO

Conselho / Número COREN - PI - 657361

Idade: 29 Anos 2 Meses

Leito Atual: APT_78

Setor: POSTO 5

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 26/11/2018

Data anotação: 26/11/2018

Hora anotação: 05:43

Responsável: LAECIA GOMES MARINHO

Leito: APARTAMENTO_78

20hs Segue em repouso no leito sem alterações, ssvv estáveis.

SSVV
TAX:36,2
PA:110/80
FR:16
FC:90
SATURAÇÃO:99%

22hs Referido dor administrado medicação de horario

24hs Evolui em repouso no leito consciente, orientando, fasica em hv periferica sem queixas algicas no momento, melhora da dor, ssvv estáveis, administrado medicação de horario, diurese presente espontanea. EM 1 PO INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO.

SSVV
TAX:36,2
PA:10/80
FR:18
FC:70
SATURAÇÃO:99%

06hs Evolui em repouso no leito consciente, orientando, fasica, acesso salinizado, sem queixas algicas no momento, administrado medicação de horario, diurese presente espontanea. Sono e repouso satisfatório.



LAECIA GOMES MARINHO
COREN 657361

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 26/11/2018 14:58:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: AURICELIA LIMA DE SOUSA

IDADE: 29 Anos

RG: 2765549

PESO:

Data de Nascimento: 15/09/1989

SEXO: FEMININO

ALTURA:

PRESTADOR ASSISTENTE: RADEMACK DUARTE AMORIM

DATA DE ATENDIMENTO: 24/11/2018 07:22:29

ATENDIMENTO: 574172

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 2 Dia(s)

CONVÊNIO: INTERMED

PLANO: OURO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

M235 - INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL:

M235 - INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

M235 - INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

24-11-2018 RX JOELHO AP - LAT (DIREITO)

INFECÇÕES

ANTIBIÓTICO

CEFAZOLINA 1G PÓ INJET

DATA INICIAL

DATA FINAL

24/11/2018

24/11/2018

TRATAMENTO TERAPEUTICO

PRESTADOR: RADEMACK DUARTE AMORIM

EVOLUÇÃO

ÚLTIMA:

24/11/2018

paciente no pós-operatório retensionamento do lca com fratura avulsão

CONDUZA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA MELHORADA

PROCEDIMENTO DE ALTA: FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRUR

OBSERVAÇÃO DE ALTA: paciente no pós-operatório de fratura avulsão do lca, cd-alta hospitalar + curativo local

RADEMACK DUARTE AMORIM
CRM-2751

La. Imagem e Diagnóstico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-11278

Atendimento: 574172

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Data de Nascimento: 15/09/1989

Médico Assistente: RADEMACK DUARTE AMORIM

Prestador Responsável: JOSELITA PEREIRA DA SILVA

Conselho / Número COREN - PI - 698251

Idade: 29 Anos 2 Meses

Leito Atual: APT_78

Setor: POSTO 5

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 26/11/2018

Data anotação: 26/11/2018

Responsável: JOSELITA PEREIRA DA SILVA

Hora anotação: 08:01

Leito: APARTAMENTO_78

08:00 PACIENTE EM 2º PO DE ARTROSCOPIA DE JOELHO DIREITO, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, NORMOCORADA, EUPNEICA, RESPIRANDO AR AMBIENTE SEM APORTE DE O₂, DIETA LIVRE COM BOA ACEITAÇÃO, AVP SALINIZADO, CURATIVO OCUSIVO NA F.O COM ASPECTO LIMPO E SECO.

PA:130X80

T:36.2

FC:81


FR:18

SPO:98%

12:00 ADMINISTRADO MEDICAÇÕES DAPIRONA, CEFAZOLINA.

15:14 PACIENTE RECEBEU VIISTA MÉDICA, REALIZADO CURATIVI, SEGUE DE ALTA HOSPITALAR.




JOSELITA PEREIRA DA SILVA
COREN 698251

RELATÓRIO MÉDICO

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

Declaro que a vítima
foi vítima de acidente
de trânsito, fato ocorrido em 06.01.18 às
6:30Hs. tendo sofrido trauma e de ID
certamos com fratura nula e de plto
fíbula direita, foi em toda cirurgia realizada
através de osteossíntese de seis placas
profundas e fixação articular, com placas
fixadas com fixadores, tendo alta
definitiva, relato com sequelas:
forte dor, limitação de movimento
e incapacitação de atividades.
com comprometimento funcional
de 80%.

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

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

Edimar
14.02.2019

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

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

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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rêgo Soares Marques inscrito (a) no CPF 840173173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Auricelia Lima de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 030414873 / 30 do sinistro de DPVAT cobertura avaliada da Vítima Auricelia Lima de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 030412873 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso-me Renda: Recuso-me e apresento os documentos comprobatórios: Recuso-me

☐ Recuso informar

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

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



Endereço <u>Rua 24 de janeiro</u>		Número <u>500</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>Centro norte</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>64000235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Teresina, PE, 07 de Fevereiro de 19
Local e Data

Nelle Rêgo Soares Marques
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Eva Sousa Leite,
RG nº 884.315, data de expedição 02/12/2016
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 018.810.933-10, com
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Q. AM BL. 05 AP. 305 Torquato Neto, nº _____,
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 Aurecilia Lima de Sousa, cujo o condutor era
Cleiton Jose Alves de Paulo.

Veículo: Moto
Modelo: YAMAHA / YBR 125 K
Ano: 2006
Placa: LVM 6462
Chassi: 9CG K6092060034507.
Data do Acidente: 06.11.2018
Local e Data: Teresina, 06 de Novembro de 2018

Eva Sousa Leite
Assinatura do Declarante

Cleiton Jose Alves de Paulo

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



SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DO 1º OFÍCIO

Registro de Imóveis - Notas - Títulos e Documentos - Pessoa Jurídica

Rua David Castro, 495 - Centro - Teresina/PI - CEP 64001-190
Contato: (86) 3221-7512 - fone.com.br - fax.com.br
Bolsa: Maria Elizabeth Pariza e Silva Muller

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE EVA SOUSA LEITE e
CLEITON JOSÉ ALVES DE PAULO, EM TEST. DA VERDADE, DOU FE.
TERESINA, 16/01/2019 10:40:32
SELO AAA60047 - DY4Q. AAA60048 - 8E9I CONSULTE A AUTENTICIDADE EM
www.tjpi.jus.br/portalextra

RICARDO MIGUEL DE OLIVEIRA CUNHA - ESCRIVENTE
Emol. R\$ 7.42 TJ: R\$ 1.48 Selo: R\$ 0.52 Total: R\$ 9.42



Eletronor
Distribuição de Energia Elétrica

Para contato com a
Eletronor, informe
este número

0051869-7
015552212

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 790 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.947.460/0001-80 | Ins. Estadual 11.201.801-9
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Beto 3-1
Regime especial de empresas autorizadas para 2014/2015/16

Unidade: KVAh (Kilowatt-hora)
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 10.433 de 20 de abril de 2002

DEZEMBRO/2018 02-01-2019 57 55,87

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

Consumo Mensal (KVAh)	19003	Consumo Mensal (KVAh)	12/2018
Ativo	19006	Revisão	27-11-2018
Ativo	1,000	Ativo	23-01-2019
Consumo de Iluminação	57	Revisão Leitura	24-12-2018
Consumo Máximo	57	Emprego	26-12-2018
Consumo Potência	NORMAL	Atividade	39

COMERCIAL MONO A 1413740 3.557,1 Valor 208

CONSUMO	57 A 1413740		
NOV/18	96	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (C05IP)	50,31
OUT/18	299	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 11/18-00	4,20
SET/18	232	MULTA POR ATRASO 11/18-00	0,04
AGO/18	184	JUROS POR ATRASO 11/18-00	0,48
JUL/18	208	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,04
JUN/18	211		0,05
MAI/18	159		
ABR/18	307		
MAR/18	224		
FEV/18			
TAXA DE TRIBUTOS:			
2 A 2 - 2.815,96			

REAJUSTE TARIFÁRIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFORME RESOLUÇÃO 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.

Consumo	10,02	Consumo	50,31
Distribuição	19,03	Base de Cálculo	22,00%
Energia	2,99	Atividade	11,06
Transmissão	3,03	Atividade PS	0,74
Energia	15,24	Valor do Consumo	3,44

11 6,23 12,45 3,03
0,00

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

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual 19.301.383-5

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de impostos autorizado pela SET/2 06/98

Nº da Nota Fiscal 015810870

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2001.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	09/01/2019	76	71,27

MARIO JORGE DA SILVA FILHO
RS TORQUATO NETO III S/N QD M CASA 25 PORTAL DA ALEGRIA
CPF: 00000724436340
CEP: 64.039-557 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		KWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	10294		Atual:	02/01/2019
Anterior:	10218		Anterior:	04/12/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	01/02/2019
Consumo Medido:	76		Entrega:	01/01/2019
Consumo Retornado:	76	FCAM	Apresentação:	02/01/2019
NORMAL			29	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classo/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fed.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1471585		1.1.1.1	90

HISTÓRICO KWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
DEZ/18 82	CONSUMO 76 A R\$ 6,802508 = 51,58
NOV/18 79	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP) 19,69
OUT/18 102	
SET/18 79	
AGO/18 93	
JUL/18 90	
JUN/18 95	
MAI/18 68	
ABR/18 104	
MAR/18 87	
TARIFA SEM TRIBUTOS: R\$ 75 - 8,52.0000	

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

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 000 0000 PARA VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 01/01/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 70AF.DF17.B77F.BA4F.1360.A0DC.385F.D406

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	26,44	Base de Cálculo:	22,00%
Energia:	4,47	Alíquota ICMS:	14,42
Transmissão:	2,82	Valor do ICMS:	0,66
Encargos:	18,16	Valor do PIS:	3,08
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
5,19	10,39	20,77	3,36	6,73	13,45	2,94	
0,00			0,00			0,00	
POLO						11/2018	23,04

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA
End. RUA DR AREA LEOA 2007 Bairro MONTE CASTELO Cid. TERESINA UF PI CEP Fone 86 8855 2777 Ident.: Fone 2765549/PI

Data: 06/11/2018 08:35 DR MILTON BATISTA
No. atend. 275507 URGENCIA

* URGENCIA INTERMED

ALEGA ACIDENTE DE MOTO DOR EM JOELHO DIR
RX SINAIS DE LESAO COLATERAL
TUBO GESSADO
TEFLAN

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

CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA
Guarinda de B. Veras Melo
Diretor Administrativo

Guarinda de B. Veras Melo
Diretor Administrativo

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

End. RUA DR AREA LEAO 2007 Bairro MONTE CASTELO Cid. TERESINA UF PI CEP Fone 86 8855 2777 Ident.: Fone 2765549/pi

Data: 14/11/2018 08:50 DR MILTON BATISTA

* RETORNO INTERMED

RNM DO JOELHO DIR

Data: 13/11/2018 07:40 DR MILTON BATISTA
RET GESSO

* CONSULTA INTERMED

USANDO GESSO TUBO A DIR, SEM QUEIXAS, RET GESSO
AO EXAME SINAIS DE LESOES LIGAMENTAR
SOLICITO RNM

* Data: 06/11/2018 08:35 DR MILTON BATISTA
No. atend. 275507 URGENCIA

* URGENCIA INTERMED

ALEGRA ACIDENTE DE MOTO DOR EM JOELHO DIR
RX SINAIS DE LESAO COLATERAL
TUBO GESSADO
TEFLAN

Data: 21/02/2014 15:48 DR ODILMAR AMORIM

* CONSULTA INTERMED

** QUEIXA PRINCIPAL **

dor nas costas

** EXAME COMPLEMENTAR **

dor transição toracolombas

Data: 12/09/2013 09:31 DR ODILMAR AMORIM

* AGENDADA INTERMED

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

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

ENTRO EM REPOZICIONAMENTO L. ROSA LTDA
Carolina de B. Veras Neto
Diretor Administrativo

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: 030414873-30 Nome completo da vítima: Auricelia Lima de Souza

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

Nome completo: Auricelia Lima de Souza CPF: 030.414.873-30
Profissão: Auxiliar A. Endereço: R. S. Torquato Neto 1155/11 ADM Casa 25 Número: 511 Complemento: Casa
Bairro: Portal da Alegria Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64.039.557
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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) ☐ Itai (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2696 CONTA: 2126 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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.

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



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina Piauí 07/02/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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.

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:

030414873-30

Nome completo da vítima:

Auricelia Lima de Sousa

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

Nome completo:

Auricelia Lima de Sousa

CPF:

030.414.873-30

Profissão:

Auxiliar A.

Endereço:

R5 Torquato Neto III s/n QDM casa 25

Número:

511

Complemento:

Casa

Bairro:

portal da Alegria

Cidade:

Teresina

Estado:

PI

CEP:

64.039.557

E-mail:

Tel.(DDD):

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:

2696

CONTA:

2126

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com Base de Resposta nº 168002-470, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da invalidez decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contesta-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
07 FEB 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Centro de Atendimento ao Cliente
Rua da Assembleia, 100 - 1º andar
CEP: 01000-000 - São Paulo, SP

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 atestada

Local e Data:

Teresina piaui 07/02/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. PICARRA
DATA: 16/01/2019 HORA: 07:28:38
TERMINAL: 16071014 CONTROLE: 160710140012

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2696 013.00002126-4
NOME: AURICELIA LIMA DE SOUSA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 99402-2081

NÚMERO DO ENVELOPE: 967638844

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000025/2019-84

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Haroldo Bonfim De Oliveira

Data/Hora: 16/01/2019 - 11:21

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MIGUEL ROSA COM VALDIVINO TITO, Nº:

Complemento

503548

Data/Hora

06/11/2018 - 07:30

Bairro

PIÇARRA

Ponto de Referência

AUTO PEÇAS PADRE CÍCERO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: AURICÉLIA LIMA DE SOUSA

Mãe: NATALIA MARIA LIMA DE ARAUJO

Pai: RAIMUNDO RODRIGUES DE SOUSA

Endereço: QD-M, CS-25, RESID TORQUATO NETO III, Nº

Bairro: PORTAL DA ALEGRIA

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

À VÍTIMA NOTICIANTE AURICÉLIA LIMA DE SOUSA, RELATA QUE TRAFEGAVA NA AV. MIGUEL ROSA, SENTIDO SUL NORTE, COMO PASSAGEIRA, NA MOTOCICLETA YAMAHA/YBR 125K, COR VERMELHA, PLACA LVM-6462 TERESINA PI, RENAVAM 879648112, PROPRIEDADE DE EVA SOUSA LEITE, PILOTADA POR CLEITON JOSÉ ALVES DE PAULA, CPF 003/283/303/29, RESIDENTE NO ENDEREÇO DA VÍTIMA; QUANDO FOI COLIDIDO NA LATERAL DIREITA DE SUA MOTO, ONDE VEIO À CAIR, ENVOLVENDO UMA OUTRA MOTOCICLETA DE MARCA, PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NA RUA VALDIVINO TITO, SENTIDO LESTE OESTE; QUE À VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS E CONDUZIDA PARA COT "CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA" CONFORME Nº DE ATENDIMENTO 275507; QUE NO DIA 24/11/2018 DEU ENTRADA NO HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 89249. FOI ARROLADO COMO TESTEMUNHA, AURIANE BEZERRA MELO DE PAULO, RG. 1563760, QD-M, CS-38, RESIDENCIAL TORQUATO NETO III, BAIRRO PORTAL DA ALEGRIA, TERESINA PI.

Haroldo Bonfim De Oliveira - Mat. 0095150
AGENTE DE POLÍCIA

Auricélia Lima de Sousa
AURICÉLIA LIMA DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190108908

Vítima: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Data do Acidente: 06/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AURICELIA LIMA DE SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000002696

Conta: 000002126-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: **AURICELIA LIMA DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3190108908**
 AURICELIA LIMA DE SOUSA

Data do Acidente: **06/11/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190108908**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14364754



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Nº Sinistro: 3190108908
 AURICELIA LIMA DE SOUSA

Data do Acidente: 06/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190108908**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14311700



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190108908

Vítima: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Data do Acidente: 06/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AURICELIA LIMA DE SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000002696

Conta: 000002126-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

