

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

---

Rio de Janeiro, 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: 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

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

---

Rio de Janeiro, 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: 00000002126-4

---

Nr. da Autenticação D4B33FDDB017A3FE

# 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: 00000002126-4

---

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?

[ **X** ] 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)?

[ **X** ] 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 (  ) 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.



Dr. BERGIEL BARBOSA BEZERRA  
MÉDICO  
CRM-PI 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

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** AURICELIA LIMA DE SOUSA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2019  
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: Juricélia Lima de Souza  
Nascimento: 20/01/1982

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: União estável

Identidade: 2.765 549

CPF: 030.414 873-30

Profissão: Auxiliar administrativo

Endereço: AS fagundos nro 335 S/N QD M lote 25 portal da Alvorada  
CEP: 64.039.557

\_\_\_\_\_  
Telefone: (11)

Telephone: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
07 FEV 2019

**OUTORGADO:**

Nome: Nelle Rose Soares Marques  
Nacionalidade: Brasileira

Nacionalidade: Boliviana

Estado Civil: Solteira

Identidade: 4-119 262  
CPE: 848 173 133 71

Profissão: Recepcionista

Endereço: Rua 311 61

CEP: 64.000-235.

Telefon: ( )

— 1 —

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: Lucílio Bento de Souza

Teresina flumin 16 de janeiro de 2019

## Local e data

Assinatura do OLTORGANTE

(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
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190108908  
**Vítima:** AURICELIA LIMA DE SOUSA

**Cidade:** Teresina  
**Data do acidente:** 06/11/2018

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**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 - OSTEOSÍNTESE 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

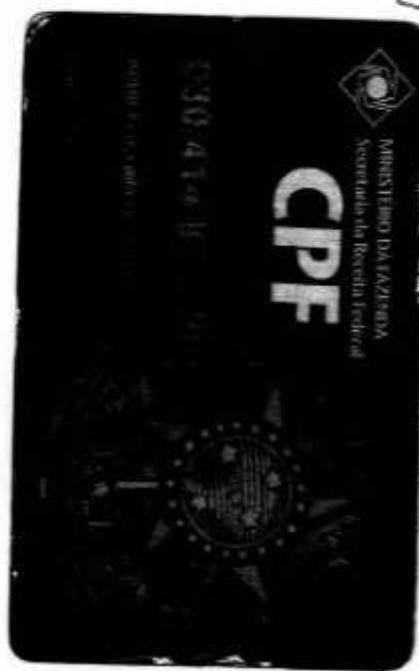
<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25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

REGISTRO SERIAL	4.119.262	VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
NOSSO NOME	NELLE ROZE SOARES MARQUES	
PELAQÃO		
CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE		
CRATEUS-CE		
DOC. ONDEM		
CERT. NASC. 529 L 614 F 144 dNKP CRATEUS-CE 25/09/1971		
840.173.173-91		
ASSINATURA DO DIRETOR		
LEI N° 7.116 DE 29/09/83 - DECRETO N° 19 250/63		
		DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14
		DATA DE Nascimento
		22/05/1971

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



030 414 873-30





# 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

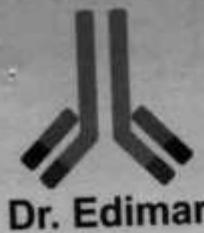
A PACIENTE SUPRACITADA SOFREU ACIDENTE DE MOTO NO DIA 06 DE NOVEMBRO DE 2018 COM FRATURA-AVULSÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 24/11/2018. TEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO JOELHO, DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO E DIMINUIÇÃO DA FUNÇÃO DE 50%. CID-M235



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

Declaro que a paciente Lucia  
de 50 anos, fôr vítima de acidente de trânsito,  
que ocorreu em 06.11.18 às 7:30hs,  
quando sofreu forte impacto em MD,  
causando quebra fratura explosiva do  
plateau tibial direito, onde fôr realizada  
cirurgia de reducção de desconexões  
ou seja: quebra por fator de fratura  
com desconexão de fibro esponja,  
com alta separação, relatos coerentes  
que separação: fortes dores, fricção  
nos movimentos, causa descida de energia  
toracico de modo atípico, causa  
comprimento de peito funcional de  
80%

Expedido

Re: 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, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva  
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929



## RECEITUÁRIO

DEGÊNRES que avaricilia  
ficaia de volta, foi vitimada oceamento de  
trânsito, fato ocorreu em 06.11.18 às  
07:30H, trânsito sofrida forte fracionaçao  
mio, contundiu caue fraturu anulária  
que plazô aírial arreto, onde foi feita  
uma cirurgia recaute struvi de ossofrute  
se oce seja plazô, perfurô e fios metá-  
licos coem, fracionaçao fraturu  
pia caue alto defrutu, deixa coem  
sequelap: fortes dores, limitação do  
movimento. Oceer fator de cura  
certamente funcional de 85%

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologia - Dermatologia  
Clínica Geral e Cirúrgica  
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 ÁREA LEAO 2007 Bairro MONTE CASTELO Cd. TERESINA UF PI CEP Fone 86 8855 2777 Ident.: Fone 2765549/pi

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

ALÉGA ACIDENTE DE MOTO DOR EM JOELHO DIR  
RX SINAS DE LESO COATERAL

TUBO GESSADO

TERFLAM



24/11/2018 SINCO T. JESUS LIMA  
Claridon de B. Veras Neto  
Liderado de B. Veras Neto  
Liderado Administrativo  
Liderado Administrativo

## ATENDIMENTO CLÍNICO

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/pl

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

\* RETORNO INTERMED

RNM DO JOELHO DIR

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

\* CONSULTA INTERMED

USANDO GESSO TUBO A DIR , SEM QUERXAS , RET GESSO  
AO EXAME SINAIIS DE LESOES LIGAMENTAR  
SOLICITO RNM

Data: 06/11/2018 08:35 DR MILTON BATISTA  
NO, atend. 275507 URGÊNCIA

\* URGÊNCIA INTERMED

ALEGA ACIDENTE DE MOTO DOR EM JOELHO DIR  
RX SINAIIS DE LESAO COLATERAL,  
TUBO GESSADO  
TESTIM

Data: 21/02/2014 15:40 DR ODILMAR AMORIM

\* CONSULTA INTERMED

\*\* QUEIXA PRINCIPAL \*\*  
dor nas costas  
\*\* EXAME COMPLEMENTAR \*\*  
dor transição toracolombar

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 GRUPO UNICO T-RESINA LTDA  
Cantinho do B. Veran Nelo  
Dirigido Administrativo



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**

Paciente: 275507 AURICELIA LIMA DE SOUSA

COT - CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA  
AURICELIA LIMA DE SOUSA  
0. 275507  
DATA 20161106  
CONT.

WL: 4096 2048 COT - CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA  
ZOOM: 170.71% AURICELIA LIMA DE SOUSA  
No IMG: ID: 275507  
IMG ATUAL: 3 DATA 20161106  
AQUISE: 1 CONT.

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

**24**  
HORAS



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 SOUSA  
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: RADEMACCK 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

- 1º - 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.
- 2º - Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirúrgico e anestésico.
- 3º - 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.
- 4º No caso de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, elas serão tomadas pelo Hospital de acordo com as normas legais.

Auricelia Lima de Sousa  
Hospital Unimed - Setor Internação

Auricelia Lima de Sousa  
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



Código da Descrição: 27878

Atendimento : 574172

Carteira : 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  
1º AUXILIAR 4565 BENEDITO VERAS BATISTA JUNIOR  
ANESTESISTA 883 SANDRA MARIA COELHO DE MOURA FE  
CIRCULANTE DE 514455 ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA  
INSTRUMENTAD 524937 MADALENA DA PENHA ROCHA CALAND

Dr. Rademack Duarte Amorim  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho

CRM-PI 2751 - TEC 111278

Anestesiologa  
CRM-PI: 883

30733073 Reconstrucao, retencionamento ou reforco 478 INTERMED 002

Equipe

CIRURGIAO 2751 RADEMACK DUARTE AMORIM  
1º AUXILIAR 4565 BENEDITO VERAS BATISTA JUNIOR  
ANESTESISTA 883 SANDRA MARIA COELHO DE MOURA FE  
CIRCULANTE DE 514455 ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA  
INSTRUMENTAD 524937 MADALENA DA PENHA ROCHA CALAND

Dr. Rademack Duarte Amorim  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho  
CRM-PI 2751 - TEC 111278

Anestesiologa  
CRM-PI: 883

30726123 , Fraturas e/ou luxacoes ao nível do joelho - t 476 UNIMED TERESINA 002

Equipe

CIRURGIAO 2751 RADEMACK DUARTE AMORIM  
1º AUXILIAR 4565 BENEDITO VERAS BATISTA JUNIOR  
ANESTESISTA 883 SANDRA MARIA COELHO DE MOURA FE  
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

Dr. Rademack Duarte Amorim  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho  
CRM-PI 2751 - TEC 111278

Anestesiologa  
CRM-PI: 883

Descrição

Detalhamento

PÁCIENTE EM DORSAL SOB RAQUIANESTESIA  
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

ABERTURA DE PORTAIS PARA ARTROSCOPIA

OBSERVADO FRATURA AVULSAO DO LCA E LESÃO DE  
MENISCO LATERAL

FEITO MENISCOPLASTIA LATERAL

FEITO RETENCIOMENTO DO LCA E FIXAÇÃO DA FRATURA AVULSAO COM FIOS DE KIRSCHNER

FEITO PASSAGEM DE FIOS PDS I PARA FIXAÇÃO DA FRATURA E RETIRADO FIOS DE KIRSCHNER

FECHAVENTO DE SUTURA E CURATIVO LOCAL

MEDICO(A):  
CRM:

Dr. Rademach/ Duarte Amorim  
RADEMACH/ Duarte Amorim  
CRM: 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

Inicio da anestesia: 9H10'

Fim da anestesia: 10H501

## Monitorização:

SAT02%	99%	99%	99%								
PET CO2											
TEMP											
BIS											

## Gases:

SELEÇÃO						
SELEÇÃO						
SELEÇÃO						

## 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							
SELEÇÃO											
SELEÇÃO											

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

Intercorrências: NÃO

Sra. Sandra Coelho de Moura Fe  
Anestesiologa  
CRM-PI: 883

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

2013  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Centro de Regente, 465 Log C  
100-Natal CEP: 54.002-470  
Teresina-PF

Drogas/Concentração	Qtde	Dose	Drogas/Concentração	Qtde	Dose	Drogas/Concentração	Qtde	Dose
<input type="checkbox"/> Adrenalina			<input type="checkbox"/> Dopamina			<input type="checkbox"/> Novabupi		
<input checked="" type="checkbox"/> Água Dest. 10ml	4AMP		<input checked="" type="checkbox"/> Dormonid 15mg	1AMP	5MG	<input type="checkbox"/> Nubaln		
<input type="checkbox"/> Amicacina			<input type="checkbox"/> Droperidol			<input type="checkbox"/> Ocitocina		
<input type="checkbox"/> Aminofilina			<input type="checkbox"/> Efedrina			<input type="checkbox"/> Omeprazol		
<input type="checkbox"/> Ancoron			<input type="checkbox"/> Efortil			<input type="checkbox"/> Ondasetrona		
<input type="checkbox"/> Aramin			<input type="checkbox"/> Esmeron			<input type="checkbox"/> Pancurônio		
<input type="checkbox"/> Atropina			<input type="checkbox"/> Etomidato			<input type="checkbox"/> Profenid		
<input type="checkbox"/> Bextra 40mg			<input type="checkbox"/> Fentanil			<input type="checkbox"/> Propofol		
<input type="checkbox"/> Bicarbonato Sódio 8,4%			<input checked="" type="checkbox"/> Fentanil(s/conserv.)	1AMP	100MCG	<input type="checkbox"/> Protamina		
<input type="checkbox"/> Bromoprida			<input type="checkbox"/> Flumazenil			<input type="checkbox"/> Quelicin		
<input type="checkbox"/> Buscopan			<input type="checkbox"/> Furosemida			<input type="checkbox"/> Quetamina		
Cefazolina 1gr	2FR		<input type="checkbox"/> Gl. Cálcio			<input checked="" type="checkbox"/> Ranitidina	1AMP	
<input type="checkbox"/> Ceftriaxona			<input type="checkbox"/> Glicose 50%			<input type="checkbox"/> Remifantani		
<input type="checkbox"/> Ciprofloxacina 200mg			<input type="checkbox"/> Heparina			<input type="checkbox"/> Ropivacaína		
<input type="checkbox"/> Cisatracurium			<input type="checkbox"/> Hidrocortisona			<input type="checkbox"/> Sevoflurano		
<input type="checkbox"/> Clexane			<input type="checkbox"/> Isoflurano			<input type="checkbox"/> Sufentani		
<input type="checkbox"/> Clor. de Sódio			<input type="checkbox"/> Lidocaína % v			<input type="checkbox"/> Sulfato de Magnésio		
<input type="checkbox"/> Clonidin			<input type="checkbox"/> Metoclopramida			<input type="checkbox"/> Tilatil		
<input type="checkbox"/> Dexametasona 10mg	1AM,P	6MG	<input type="checkbox"/> Metronidazol			<input type="checkbox"/> Tracrium		
<input type="checkbox"/> Diazepam 10mg			<input type="checkbox"/> Narcan			<input type="checkbox"/> Tramal		
Dimorf 0,2 mg	1AMP		<input type="checkbox"/> Neocaína % v			<input type="checkbox"/> Transamin		
Dipirona	2AMP		<input checked="" type="checkbox"/> Neocaína 0,5% ISOB	1AMP	15MG	<input checked="" type="checkbox"/> SORO FISIOLÓGICO	250ML	1FR
Dobutamina			<input type="checkbox"/> Neostigmina			<input checked="" type="checkbox"/> RINGER LACTATO	500ML	1FR
Dolosal			<input type="checkbox"/> Noradrenalina			<input checked="" type="checkbox"/> SORO FISIOLÓGICO	100ML	1FR

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		Monotorização				
<input type="checkbox"/> Gastrostomia		<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input checked="" type="checkbox"/> Monitor Cardiaco	<input type="checkbox"/> P A M		
<input type="checkbox"/> Traqueostomia		<input type="checkbox"/> Arritmia	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Peça (s) cirúrgica (s):		<input type="checkbox"/> PIC	<input type="checkbox"/> PIC	<input type="checkbox"/>		
<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
	Limite dispneia	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**

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

Anestesiologista

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Enfermagem

07 FEV 2019

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



**SALA DE RECUPERAÇÃO  
PÓS-ANESTÉSICA**

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

Nome: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Leito / Apto: APT\_78

Inicio: 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 pos-operatório do TTO CIRÚRGICO DE RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR(30733073) REPARO DE MENISCO 30733065 E FRATURAS OU LUXAÇÃO A NÍVEL DE JOELHO 30726123, sob efeito de ANESTESIA COMBINADA LOCAL / SEDACAO, sem aperto de O<sub>2</sub>, 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

Gases O<sub>2</sub>

l/min

Alergias

- Cateter  Cânula Guedel
- Entubado
- Máscara

Ligado

SOBROMIL

Desligado

Sinais Vitais

Horário

PA

P

F.R

T

SpO2

Diurese

120x80

87

15

35,6

99

Sinais Vitais

Soros

Sangue

Soma

Ganhos (G)

Perdas (P)

Diurese

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

Balanço (G.P) =

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	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Confirmado procedimento previsto	Sim <input checked="" type="radio"/> Qual? <input type="radio"/> Não soube informar <input type="radio"/>
	Informou correto <input type="radio"/>
Consentimento livre esclarecido assinado	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Confirmado sítio cirúrgico	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Confirmado lateralidade	Direito <input checked="" type="radio"/> Esquerdo <input type="radio"/> Bilateral <input checked="" type="radio"/> Não se aplica <input type="radio"/>
Confirmado alergia conhecida	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Confirmado tempo de jejum	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não se aplica <input type="radio"/>
Confirmado exames necessários ao procedimento	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Retirados adoros e próteses	Sim <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	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Confirmado procedimento	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Sítio demarcado	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Aparelho de anestesia testado e funcionante	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Monitorização testado e funcionante	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Alergia conhecida	Sim <input checked="" type="radio"/> Qual? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Via aérea difícil	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> <i>subtraçam</i> <input type="radio"/>
Risco de perda sanguínea considerável > 500ml (7ml / /Kg em crianças)	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Confirmado materiais, instrumentais e equipamentos	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Confirmado esterilização de materiais necessários	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
—serva de hemoderivados	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/>
Conferidos Compressas	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Conferido Gases	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>

Responsável:

Neuzilane Gomes de Oliveira  
Tec. em Enfermagem  
CREF-PI 514.455



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 :

- ESQUERDO
- DIREITO
- NÃO SE APLICA
- BILATERAL

RECURSO OPME:

- SIM
- NÃO

PROFILAXIA:  
ANTIBIÓTICA

- SIM
- NÃO

ALERGIA:

- SIM
- BROMIL
- NÃO

PRECAUÇÕES

- SIM
- PADRÕES
- NÃO

VAGA DE UTI

- SIM
- NÃO
- NÃO SE APLICA

RESERVA DE  
SANGUE

- SIM
- NÃO
- 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

- SIM
- NÃO

CONFERIDO GASES  
E COMPRESSAS

- SIM
- NÃO

PEÇA CIRURGICA  
IDENTIFICADA

- SIM
- NÃO
- NÃO SE APLICA

IDENTIFICADO  
LESÃO DE PELE

- SIM
- NÃO

MANTIDO  
TECNICAS  
ASSÉPTICAS

- SIM
- NÃO

PROBLEMAS COM  
EQUIPAMENTOS

- SIM
- NÃO

GRAU DE  
CONSCIÊNCIA

- ACORDADO
- SONOLENTO
- ADORMECIDO
- ENTUBADO
- OUTRO

Rozilene Gomes de Oliveira  
Tec. em Enfermagem  
Conselho 1914.455





54 x 1  
225 mGy  
52.20 mGy/min  
245.52 µGy

UNIMED TERESINA

Auricelia Lima de Souza  
1836

Autovisão  
R 32  
0 40

3/4  
24.11.2018  
08:46:09

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Ribeiro, 465 Loja 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: Eunicelia hump de

Atendimento: 574 172

Convênio: Indexmed

Cirurgião: Rodrigo M. G. S. G. S. G.

Cirurgia: ~~Fractura de um osso~~

Circulante: 2021bene

Quantidade	Descrição	Quantidade	Descrição
01	capa pl video		
01	capa pl intensificador		
01	Equipo p/ irrigação 4 vias		
01	lâmina de Shaver nº 315 mm		
01	Fio de Kirschner nº 2.0		
01	lâmina de microdebridarão razer (sistema)		
02	Fios agua calibrado		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

GENTE SEGURADORA

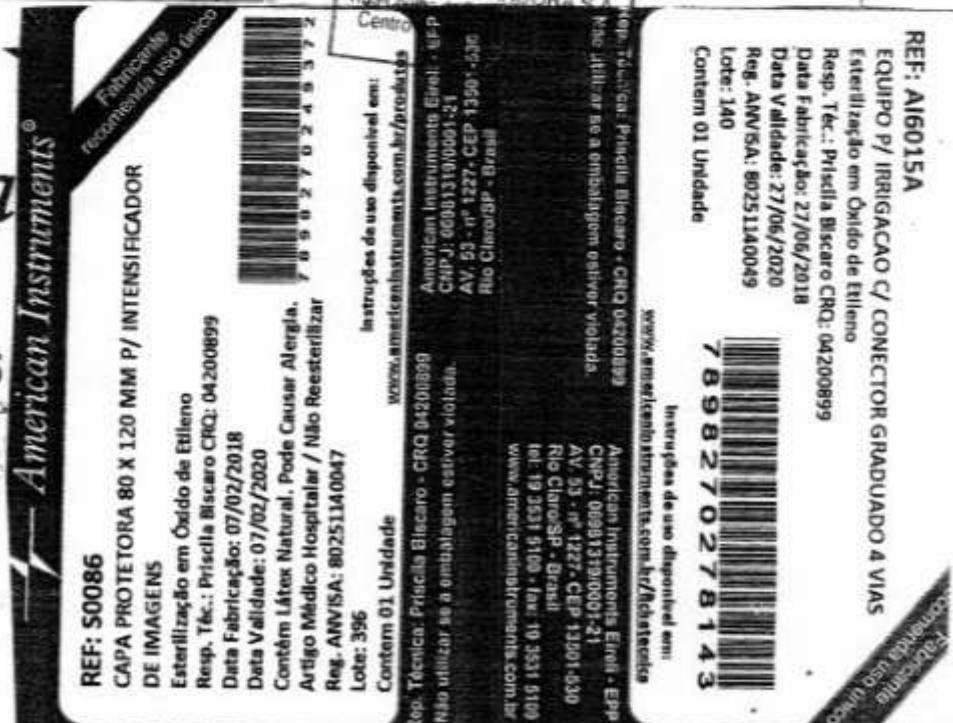
## Capa para Videocirurgia

~ Tamanho 150mm x 2500mm  
Ref.: S0097

Registro ANVISA - 80251140005

F. 10/09/18  
V. 10/09/20 **LATE**  
902754

Lixo em uma estiqueta no relatório do Paciente



REF: A16015A

EQUIPO P/ IRRIGACAO C/ CONECTOR GRADUADO A VIAS

ESTERILIZAÇÃO EM ÔXIDO DE ETILENO

Rsp. Tcc: Misella Escobar CRQ: 04200891

Data Validação: 27/06/2020

Reg. AMV5A: 80251140045

Lette: 140

7898270278143

Atendimento: 574172

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Idade: 29 Anos 2 Meses

Data de Nascimento: 15/09/1989

Leito Atual: APT\_78

Médico Assistente: RADEMACK DUARTE AMORIM

Setor: POSTO 5

Prestador Responsável: ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA

Conselho / Número COREN - PI - 514455

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

### ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 24/11/2018

Data anotação: 24/11/2018

Hora anotação: 09:48

Responsável: ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA

Leito: APARTAMENTO\_78

09:50HS PCT ADMITIDA NO C.C PARA TTT CIRURGICO DE RECONSTRUÇÃO RETENCIIONAMENTO OU REFORÇO, REPARO OU  
RECONSTRUÇÃO DE UM MENISCO, FRATURA OU LUXAÇÕES AO NIVEL DO JOELHO DIREITO, PELO DR. RADEMACK DUARTE, VEIO DE  
UMA CADEIRA DE RODAS, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA COM EXAMES NEGA + HAS + DM, EM JENJUM, RELATA ALERGIA  
A 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 DIPIRONA, 02 FRASCO DE CEFAZOLINAS, 01 AMPOLA DE MODIFICAL DE 8MG, 01  
AMPOLA DE BROMOPRIDA, 01 AMPOLA DE RANITIDINA, 01 AMPOLA DE QEXAMETASONA, AMBAS PELA ANESTESIOLOGISTA  
DRA. SANDRA MARIA MOURA FÉ.  
INÍCIO 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  
Enfermagem  
COREN 514455*  
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 integros.
- 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 64.007-250  
Teresina - Piauí. Tel.: (86) 2107-1600  
CNPJ: 06.555.031/0002-76

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

Prescrição.: 782587  
Setor Solic: POSTO 5  
Atendimento: 574172  
Origem Atd.: INTERNAÇÃO  
Convênio...: INTERMED  
Prestador.: 2751 RADEMACK DUARTE AMORIM  
Acomodação.: APT\_78  
Unid Intern: POSTO 05  
Cid.....: M235 INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO

Data Prescrição: 24/11/2018 11:01  
NR Carteira: 09330564417381015  
Validade:  
Classificação de Risco:  
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
Leito: APARTAMENTO\_78

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)			24/11/2018 137575	11:01		185630	40804054 AT

8/11 08/11/2018

RADEMACK DUARTE AMORIM

CRM : 2751



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

D

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

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

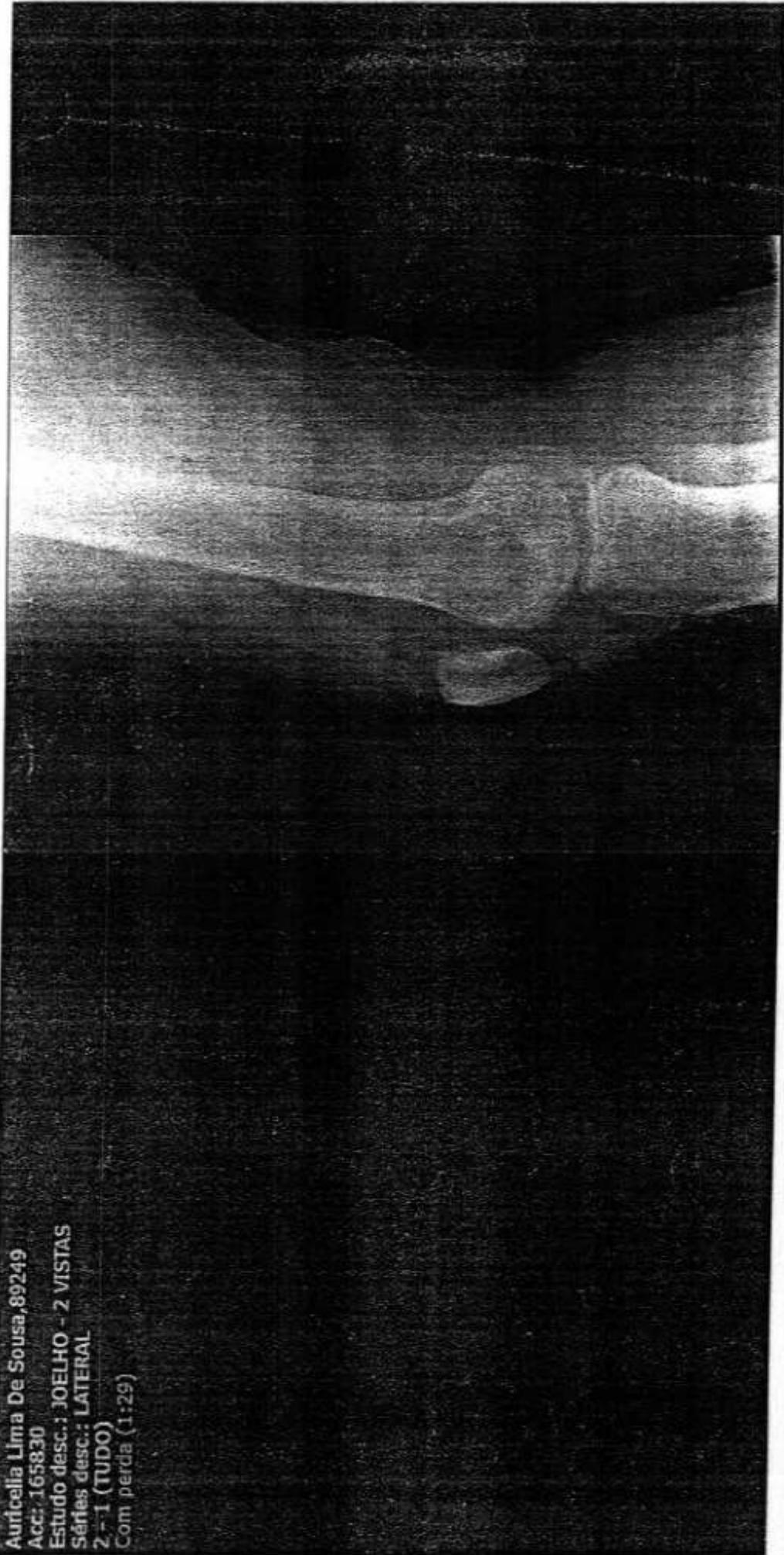
HOSPITAL UNIMED TERESINA  
ID:89249

Data:24/11/2018  
TEC:DIEGO

Localizar paciente (7) Auricelia Lima De Sousa

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)

Olá Urgência Plantônica Sair

Laudos do paciente

DEPARTAMENTOS DE SINUS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICA

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

Flúbrica 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	1	AMPOLA	IV		8/8 H	[24/11] 11:01 16:22
Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO DE FRATURA DE PATELA						[25/11] 10:00
1 - SORO FÍSIOLOGICO 100ML	1	FR				

CETOPROFENO IV PO SOL INJ.100MG	1 FA	IV	12/12 H	[24/11] 10:30 16:00
Obs.: SORO FÍSIOLOGICO - 100ML	1 FR			[25/11] 10:00
Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO				04

4 - REPAR (NASC SOL INJ. 500MG/ML-2ML)	1 AMPOLA	SC	12/12 H	[24/11] 10:00 12:00
Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO DE FRATURA DE PATELA				[25/11] 10:00
5 - DIPIRONA SOL INJ. 500MG/ML-2ML	1 AMPOLA	IV	6/6 H	[24/11] 10:00 15:00

6 - (01) DICEFAZOL NARG PO INJ	1 FA	IV	6/6 H	[24/11] 10:00 12:00
Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO DE FRATURA DE PATELA				[25/11] 10:00
Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO DE FRATURA DE PATELA				03

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 - RX JOELHO AP - LAT (DIREITO) ; Exame: 137575	1	OK				

PROCEDIMENTOS DO ENFERMEIRO	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
8 - COMPRESSA DE GELO						



Atendimento: 574172  
Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA Idade: 29 Anos 2 Meses  
Data de Nascimento: 15/09/1989 Leito Atual: APT\_78  
Médico Assistente: RADEMACK DUARTE AMORIM Setor: POSTO 5  
Prestador Responsável: LUCIANA MARIA VITORIA DE VASCONCELOS  
Conselho / Número COREN - PI - 001054389 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, AVP EM HV, DEAMBULA CONTALXIO, DPE. SEGUO 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. SEGUO COM AVP SALINIZADO. SEGUO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

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

  
LUCIANA MARIA VITORIA DE VASCONCELOS  
COREN 001054389

Atendimento: 574172

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Idade: 29 Anos 2 Meses

Data de Nascimento: 15/09/1989

Leito Atual: APT\_78

Médico Assistente: RADEMACK DUARTE AMORIM

Setor: POSTO 5

Prestador Responsável: NADIA SANDRA SILVA SOUSA

Conselho / Número COREN - PI - 922120

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

### ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 24/11/2018

Hora anotação: 20:15

Data anotação: 24/11/2018

Responsável: NADIA SANDRA SILVA SOUSA

Leito: APARTAMENTO\_78

RECEBO PACIENTE AURICELIA LIMA DE SOUSA, EM TTO INSTABILIDADE 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=120/80

SAT=98

FC=88

R=18

TEMP=36.3

22:00H ADMINISTRADA MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

00:00H ADMINISTRADA MEDICAÇÃO CONFROEM 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)

1<sup>a</sup> VIA

78

Rubrica do Responsável



PREScrição MÉDICA

DIETA	Qty	Unidade	SN	ApI	Frequência	Datas/Horários
1 DIETA LIVRE						[25/11] 17:25
<hr/>						
MEDICAMENTOS	Qty	Unidade	SN	ApI	Frequência	Datas/Horários
2 TRAMADOL SOL.INJ. 50MG/ML - 2ML (*A2	1	ML		IV	8/8 H	[25/11] 22:00
Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO DE FRATURA DE PATELA						[26/11] 00:00
> SORO FISIOLOGICO - 100ML	1	FR				
3 CETOPROFENO IV PO SOL.INJ.100MG	1	FA		IV	12/12 H	[25/11] 07:25
> SORO FISIOLOGICO - 100ML	1	FR				[26/11] 06:25
Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATORIO						
4 HEPARINA SC SOL. INJ. 5.000UI/ML-0,25ML	1	AMPOLA		SC	1 XAO/DIA	[25/11] 07:25
Justificativa: paciente no pósoperatório de fratura avulsão do Ica						
5 DIPIRONA 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	1	FA		IV	6/6 H	[25/11] 13:00
Justificativa: paciente no pósoperatório de fratura avulsão do Ica						[26/11] 04:00
Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO DE FRATURA DE artroscopia						
PROCEDIMENTOS DO ENFERMEIRO	Qty	Unidade	SI	ApI	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

Hora anotação: 18:35

Data anotação: 25/11/2018

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. SEGUÉ 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.

16:00 CLIENTE EVOLUI REFERINDO DOR, COMUNICADO AO ENFERMEIRO DE PLANTÃO. (ADM. MEDICAÇÃO DIPIRONA IV AD + CEFACOLINA 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 INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO DO C.C. CALMA, CONCIENTE, ORIENTADA, FASICA, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, COM BOA OXIMETRIA DE PULSO, AFEBRIL, NORMOCARDICA, DROMOTENSA, 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 CONFROEM PRESCRIÇÃO MÉDICA.

06:00H ADMINISTRADA MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.



Nadia Sandra Sf - souza  
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 estaveis.

SSVV  
TAX:36.2  
PA:110/80  
FR:16  
FC:70  
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 estaveis , administrado medicação de horario , diurese presente espontanea. EM 1 PO ISTABILIDADE 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 salenizado , sem queixas algicas no momento , administrado medicação de horario , diurese presente espontanea. Sono e repouso satisfatorio.



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

Data de Nascimento: 15/09/1989

RG: 2765549

PESO:

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

MOVIMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Covil de Figueira, 385 - CEP 04540-070  
São Paulo - SP - Fone: (11) 5061-4700

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-TERAPÉUTICO

PRESTADOR: RADEMACK DUARTE AMORIM

ÚLTIMA:

24/11/2018

EVOLUÇÃO

Paciente no pósoperatório retencionamento do Ica com fratura avulsão

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA MELHORADA

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

OSSERVAÇÃO DE ALTA: paciente no pósoperatório de fratura avulsão do Ica cd-alta hospitalar +curativo local

RADEMACK DUARTE AMORIM  
CRM-2751

RADEMACK DUARTE AMORIM  
CRM-2751  
26/11/2018 - TE07172

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 O<sub>2</sub>, 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 DIPIRONA, CEFAZOLINA.

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



  
JOSELITA PEREIRA DA SILVA  
COREN 698251



# MACHADO

Dr. Edimar

## 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

Declarações que auxiliaram  
lheu o seu caso, foi visto um medo  
de morte, fato ocorrido em 06.01.18 às  
6:30hs. Ficou sozinho e ouviu esse ruído  
certos sons parecidos com o de um  
fogão queimado, fui visto todo circunscrito  
até ver de onde vinha esse som, percebeu  
que era de um fogão, queimado, com fumaça  
fumegante, refletiu que se queimasse  
poderia morrer, fiquei com medo de morrer  
e fui acompanhado de cima de casa.  
Com auxílio faleceu funcionante  
de 80%.

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

19.02.2019

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

Residencial Tropical Park  
Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva  
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Rose Soares Mangues, inscrito (a) no CPF 840.173.173-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Anicelia Lima de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.414.873-30, do sinistro de DPVAT cobertura 3 valides, da Vítima Anicelia Lima de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.414.873-20, 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, residir no endereço abaixo, 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>51</u>	Complemento	<u>centro</u>	
Bairro	<u>Centro norte</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP	<u>64000-235</u>
Email				Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		

Teresina, PI 07 de Fevereiro de 19  
 Local e Data

Nelle Rose Soares, Mangues.  
 Assinatura do Declarante



**Electrobras**  
DISTRIBUÍDORES PI

Printed on  
0051869-7  
015552289

0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 799 - Centro - 64000-000 - P  
CNPJ 00.000.000/0001-00 | NUC. 000000011201.000-2  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Bem 3-1-1  
Regras especiais de impressão estabelecidas para TERESINA/PI/98

17/12/2018

A Tarifa Fical de Unidade Elétrica - TUE é criada  
pelo Decreto nº 12.433 de 25 de outubro de 2002

DEZEMBRO/2018 02-01-2019

57

55,07

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

TIPO DE CONSUMO	190063	PERÍODO DE CONS. 01/12/2018
Alôôô	19006	Princ. 27-11-2018
Alôôô	1,000	Aranc. 23-01-2019
Constância de Fazenda/Custo	57	Próxima Leitura 24-12-2018
Consumo Médio	57	E-mail 26-12-2018
Consumo Padrão	NORMAL	Alimentação 39

COMERCIAL MONO 11418740 375,31 208

PERÍODO DE CONS.	CONSUMO	VALOR
NOV/18	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	50,31
OUT/18	CORRECAO MONETARIA IG 11/18-00	4,20
SET/18	HULTA POR ATRASO 11/18-00	0,04
AGO/18	JUROS POR ATRASO 11/18-00	0,48
JUL/18	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,04
JUN/18		
MAI/18		
ABR/18		
MAR/18		
FEV/18		
DEZ/18	DEZ/18	224
	DEZ/18 TOTAIS:	
	2 H 11 - 6.215,95	

REAJUSTE TARIFARIO MÉDIO 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.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV. 2019

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

PERÍODO DE CONS. 1391.6068.9345.33A3 DC96 FFC8.9/22.A49B

PERÍODO DE CONS.	VALOR	PERÍODO DE CONS.	VALOR
Desbaste	10,02	Reab. de Câmbio	50,31
Desp. g	19,03	Altares/00	22,00%
Desp. g	2,99	Mánuas/00	11,06
Desp. g	3,03	Almox/PS	0,74
Desp. g	15,24	Mánuas/22%	3,44

2 11 6,23 12,45 3,03  
0,00



Para contatar com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1335504-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Harmonia 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.746/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SED/PI 06/98

Nº da Nota Fiscal 015810870

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

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		DADOS 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 Médio:	76	Entrega:	01/01/2019
Consumo Retardo:	76	Apresentação:	02/01/2019

NORMAL

29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ugatão	Número Medidor	Pasta	Código Int.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1471585		1.1.1.1	90

HISTÓRICO KWH		DESCRITIVO DA CONTA	
DEZ/18	82	CONSUMO	76 A R\$ 0,862958 = 65,58
NOV/18	79	CONTR. ILUMINACAO PUB. (C05IP)	5,69
OUT/18	182		
SET/18	79		
AGO/18	93		
JUL/18	90		
JUN/18	95		
MAI/18	68		
ABR/18	104		
MAR/18	87		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS	
R\$ 76 - 0,862958		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 / REAVISO DE VENCIMENTO  
LIGUE 0000 066 0000 E FAÇA URGENTE VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 01/01/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AD PIS/COFINS 70AF.DF17.B77F.BA4F.1360.A0DC.385F.D466

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
	13,09		65,58
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 0,00

POLO

11/2018 23,04

**Centro Ortopedico Teresina Ltda**  
AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar  
ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1  
Por: GWS Em: 22/11/2018

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

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

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

\* URGENCIA INTERMED



CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTD  
Graffego de B. Veras Neto  
Diretor Administrativo  
Graffego de B. Veras Neto  
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 SINAI'S DE LESOES LIGAMENTAR  
SOLICITO RNMData: 06/11/2018 08:35 DR MILTON BATISTA  
No. attend. 275507 URGENCIA

\* URGENCIA INTERMED

ALEGA ACIDENTE DE MOTO DOR EM JOELHO DIR  
RX SINAI'S DE LESAO COLATERAL  
TUBO GESSADO  
TEFLAM

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

\* CONSULTA INTERMED

\*\* QUEIXA PRINCIPAL \*\*  
dor nas costas  
\*\* EXAME COMPLEMENTAR \*\*  
dor transição toracolombar

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-PICARTAO DE B. VERAS NELO  
Cartorio de B. Veras Neiro  
Ultralor AdministrativoDEPARTAMENTOS 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



# 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:

Anicelia Lima de Sousa

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

Nome completo:

Anicelia Lima de Sousa

CPF:  
030.414.873-30

Profissão:

Auxiliar A.

Endereço:

R\$ Torquato Neto III S/n QDM casa 25

Número:  
511

Bairro:

Portal da Igreja

Cidade:

Teresina

Estado:  
PI

E-mail:

CEP:  
64.039.557

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: \_\_\_\_\_

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

(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 de INVALIDEZ PERMANENTE, SINISTRO, DEVIDO AO NÃO VERIFICADO

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com a apresentação de laudos médicos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou \_\_\_\_\_ Vítima deixou \_\_\_\_\_  
Vivos: Falecidos: Nascitur (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou \_\_\_\_\_  
pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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.

Impresso  
Digitalizado  
Revisado  
Assinado  
Reservado

Local e Data: Teresina piaui 07/02/19

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\* Assinatura de quem assina A RODO

Anicelia Lima de Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura



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

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 99402-2881

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  
Ovidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)



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

503548

Data/Hora

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

06/11/2018 - 07:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MIGUEL ROSA COM VALDIVINO TITO, Nº:

Complemento

Bairro

PIÇARRA

Ponto de Referência

AUTO PEÇAS PADRE CÍCERO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: AURICÉLIA LIMA DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

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

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

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

---

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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](http://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**

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](http://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**



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

---

**Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

