

Screenshot of a web browser showing a legal document management interface. The main window displays a list of documents under 'JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO' for process number 10889194. The right panel shows a preview of a document titled 'downloadBinario.seam' (page 1/11), which includes the logo of 'JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS' and the text 'EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI'. The browser's address bar shows the URL tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/DetalleProcessoCompletoAdvogado.seam?id=418707&ca=a7792d83cd92ef34162622bda586a11e0c.... The taskbar at the bottom shows icons for various applications including Windows, Internet Explorer, and Google Chrome.



Número: **0800558-31.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **11/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA (AUTOR)	JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10889 195	22/07/2020 09:19	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANDREINA Thays FEITOSA da Rocha
RG: 4.471.475 Orgão Emissor: SSP-PI
CPF: 079.973.443-70 Nacionalidade: BRASILEIRA
Est. Civil: SOLTEIRA Profissão: do lar
Endereço: CJ. RAZAUNAM Porteira Rd 109 LT19 CS-B N°
Bairro: Praia das Praias Cep: _____ Cidade/UF: TERESINA-PI
Telefone: (86) 98807-7370 ()

OUTORGADO:

Nome: keyilly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros

Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro N° 554, Bairro: Centro norte

Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí

Telefone: (86) 99472-9591 () ()



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, e nfm, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: ANDREINA Thays FEITOSA da Rocha

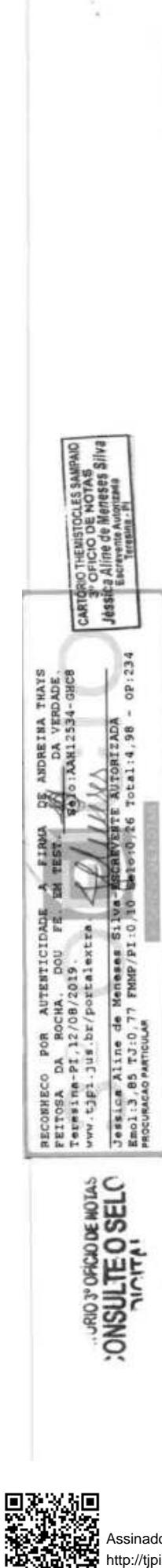
CPF: 079.973.443-70 Data do Acidente: 22/11/158

Cobertura solicitada: Invalidade Permanente () DAMS () Morte

TERESINA 32 Agosto 2019

Local e data

Andreina Thays Feitosa da Rocha
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



Assunto: Contrato de locação



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298606/19

Vítima: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

CPF: 079.993.443-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/11/2018

Titular do CPF: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA : 079.993.443-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/08/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/08/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Paula Vargens Mendes da Costa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:19:37
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209193677700000010324815>
Número do documento: 20072209193677700000010324815

Num. 10889195 - Pág. 3

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

049.993.443-70 Andreina Thaís Fitora da Rocha

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

5 - Nome completo:

Andreina Thaís Fitora da Rocha

6 - CPF:

049.993.443-70

7 - Profissão:

8 - Endereço:

do lar

9 - Número:

8. Raimundo Perdigão 609

10 - Complemento:

6+059 e 13

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

PI

64.027.260

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(36) 994725541

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Fed. e al (104)

AGÊNCIA: 1987 08 CONTA: 309487 6

(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.

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima teve filhos na nascença? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima teve pais/avós vivos? Sim Não

Este sou cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a logo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a logo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a logo/a pedido

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, _____ - Teresina - Piauí 28.08.19

Andreina Thaís Fitora

do Porto Rayilly Lopes

Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 25518347

JACKSON COSTA

CJ RAIMUNDO PORTELA, 19 , Q 109 LT 19 C B

PROMORAR

64027260 TERESINA

PI

CÓDIGO ÚNICO 399230	MÊS 08/2019	PERÍODO DE CONSUMO 09/07/2019 a 07/08/2019
CONSUMO (kWh) 119	VENCIMENTO 10/09/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 114,49

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO

399230

MÊS

08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 114,49

836200000013.144900170008.000000000398.923008190053



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:19:37

http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209193677700000010324815

Número do documento: 20072209193677700000010324815

Num. 10889195 - Pág. 5



Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ/06/98

Nº da Nota Fiscal 026378729

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	02/09/2019	158	165,26

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 13530	26/08/2019
Atual: 13372	25/07/2019
Anterior: 1.000	24/09/2019
Constante de Multiplicação: 158	Próxima Leitura: 23/08/2019
Consumo Médio: 158	Emissão: 26/08/2019
Consumo Faturado: 158	Apresentação: 26/08/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade: 32
	Dias de Consumo:

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	154

HISTÓRICO X/Y		DESCRICAÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO	158 A R\$ 0,905678 = 143,09
JUL/19	151	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 12,33
JUN/19	154	CORRECAO MONETARIA DA IL (2X) 0,06
MAI/19	148	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X) 1,67
ABR/19	143	MULTA POR ATRASO DE IL. (2X) 0,44
MAR/19	153	JUROS DE MORA ATRASO DE (2X) 0,08
FEV/19	204	MULTA POR ATRASO (2X) 5,29
JAN/19	133	JUROS POR ATRASO (2X) 2,30
DEZ/18	136	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,44
NOV/18	160	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 5,13
OUT/18	138	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 0,158 - 0,636622

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/08/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode entrar em contato com a sua Agência nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato: sua agência das nossas cidades de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 9/10. B0EB. 1359. CE00. D7CA. 3960. 4FAD. 1C70

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição: 30,08	Base de Cálculo: 143,09	111,61	
Energia: 58,10	Aliquota ICMS: 22,00%		
Transmissão: 9,82	Valor do ICMS: 31,47		
Encargos: 4,81	Valor do PIS: 1,40%	1,57	
Tributos: 40,28	Valor do COFINS: 6,49%	7,24	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2019

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

INDICADORES DE CONTRIBUIÇÃO						
	DIC		EIC		LIC	INC/IR
Mês/ano	Mensal	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal
Límite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,22	12,45
Realizado	0,00			0,00		0,00
Conclusão	TERESINA-MACAUBA			Período de apresentação:	06/2019	ESD: 54,53

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

0051867-0

165,26

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

08/2019

02/09/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal 026378729 ECAM

83630000001 2 65260017000 3 00000000513 86700819008 6



SEQ.: 00339 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 26/08/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 13530 NORMAL TOTAL: 165,26 CARGA: 010
DT.VENC.: 02/09/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:19:37
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/iew.seam?x=20072209193677700000010324815
Número do documento: 20072209193677700000010324815

Num. 10889195 - Pág. 6

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Kugley mane de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Andriana Thaays Feitosa da Rocha, inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.993.443/10, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Andriana Thaays Feitosa da Rocha, inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.993.443/10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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: Vinte e Quatro de Janeiro</u>	Número	<u>554</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>(86)994729591</u>

PI, 28 de 08 de 19
Local e Data

Kugley mane de Oliveira
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Françinaldo Corvalho do Nascimento

RG nº 3.330.415, data de expedição 06/04/15

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 056.300.003.14,

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Pi

Rua: Projetado, nº 00176, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

complemento Juiz de Fora, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Andreina Thaís Furtado da Rocha cujo o condutor era Franco Pereira de Souza

Veículo: moto Modelo: Honda Pop 100 Ano: 2013/2014

Placa: LVY-3560 Chassi: 9C2H300210ER.001917

Data do Acidente: 22/11/18

Local e Data: Teresina 27 AGOSTO 2019

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

Assinatura do Declarante

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

Cartório Themistocles Sampaio
Rua Joaquim Nabuco, 123 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0150 - E-mail: deputado@cartorioteressina.com.br

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Título: Assentio Garantias de Sampaio Pereira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCINALDO CARVALHO DO NASCIMENTO. DOU FÉ. EM TEST. 10 DA VERDADE. Teresina-PI, 27/08/2019 Selo: AA115168-3TEY

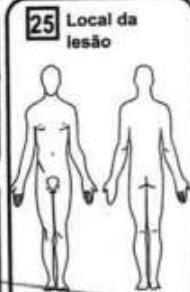
KELLY DE ABREU VALVERDE
Kelly de Abreu Valverde
Escrevente Autorizada
Teresina - PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

KELLY DE ABREU VALVERDE - ESCREVENTE AUTORIZADA
Email: 3.85 TJ: 0.77 FMMP/PI: 0.10 Selo: 0.26 Total: 4.98 - OP: 149





Dados do Chamado	01 Nº do chamado 06 Saída do local 10 Endereço 11 Bairro 13 Ponto de referência 14 Nome 16 Idade 30/05/2015	02 Data do chamado 29/05/2015 07 Chegada ao 1º hospital 10/05/2015 12 Município-UF Código IBGE 15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	03 PRO (código) 2902 04 Saída do PA 10/05/2015 05 Chegada ao local 10/05/2015 08 Saída do 1º hospital 09 Chegada ao 2º Hospital																				
Local da Ocorrência																							
Dados do Paciente																							
Tipo de Ocorrência	<p>18 Tipo de ocorrência</p> <table> <tr><td>01 - Acidente de transporte</td><td>06 - Tentativa de suicídio</td><td>11 - Queda</td><td>16 - Outros</td></tr> <tr><td>02 - Agressão física-espancamento</td><td>07 - Envenenamento</td><td>12 - Urgência clínica</td><td>17 - Já removido</td></tr> <tr><td>03 - Agressão física-FAF</td><td>08 - Afogamento</td><td>13 - Urgência obstétrica</td><td>18 - Falso chamado</td></tr> <tr><td>04 - Agressão física-FAB</td><td>09 - Queimadura</td><td>14 - Transferência</td><td></td></tr> <tr><td>05 - Urgência psiquiátrica</td><td>10 - Choque elétrico</td><td>15 - Exames complementares</td><td></td></tr> </table>			01 - Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros	02 - Agressão física-espancamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica	17 - Já removido	03 - Agressão física-FAF	08 - Afogamento	13 - Urgência obstétrica	18 - Falso chamado	04 - Agressão física-FAB	09 - Queimadura	14 - Transferência		05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico	15 - Exames complementares	
01 - Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros																				
02 - Agressão física-espancamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica	17 - Já removido																				
03 - Agressão física-FAF	08 - Afogamento	13 - Urgência obstétrica	18 - Falso chamado																				
04 - Agressão física-FAB	09 - Queimadura	14 - Transferência																					
05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico	15 - Exames complementares																					
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta																				
Exame Físico	22 Equipamentos de segurança Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Airbag Cinto de segurança Assento para criança	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso _____ Resp. PA 150/70 TAX. _____ Sat02 _____	25 Local da lesão 																	
Assistência	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10 - DEPARTAMENTOS DE SINISTROS 3 - Suspeita <input checked="" type="checkbox"/> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO																			
Hospital de Destino	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	32 Hospital de Destino HUF	Glicemia _____ Acesso Venoso _____ Medicamentos a) b) _____	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	34 Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte																	
Observações Interdisciplinar	<p>paciente vítima de acidente de trânsito com fratura ajoelhado edema na perna e suspeita de fratura no braço</p> <p><i>Assinatura</i></p> <p>Assinatura de Socorrista</p> <p>Assinatura de Enfermeiro</p> <p>Assinatura de Condutor</p>																						
	Socorristas Médico _____ AE/TE _____																						

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, 22 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190505897 **Vítima: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA**

Data do Acidente: 22/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

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: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001987

Conta: 00000109487-6

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 30 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190505897

Vítima: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

Data do Acidente: 22/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14914357

Pag. 00739/00740 - carta_01 - INVALIDEZ



00440370



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:19:37
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209193677700000010324815>
Número do documento: 20072209193677700000010324815

Num. 10889195 - Pág. 11



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003277/2019-70

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 27/08/2019 - 11:30

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

5444 97

Data/Hora

22/11/2018 - 09:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

SANTO ANTÔNIO

Endereço

RUA INACIO COSTA VERAS, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 4471475 PI

Mãe: ELIZABETE FEITOSA DA SILVA

Endereço: QD-109, LT-19, CS-B, Nº:

Bairro: PROMORAR

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

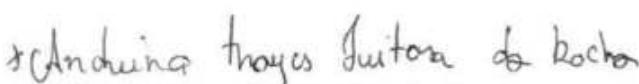
Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE ERA PASSAGEIRA DA MOTO HONDA/POP 100, PLACA LJV-3560-PI, COR PRETA, RENAVAM 00585008477, PROP. DE FRANCINALDO CARVALHO DO NASCIMENTO, DE CONDUTOR FRANCO PEREIRA DE SOUSA, E QUE TRAFEGAVAM PELA VIA CITADA, QUANDO UM AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA O HUT. (PRONT. 456503). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.


Cláudio Costa De Sousa - Mat.
AGENTE DE POL


ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA - Noticiante
Responsável pela Informação



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
099.993.443-70 Andriana Thays Feitosa da Rocha			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (86) 994725541		

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRÉNT (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 1987 08 CONTA: 309487 6	(Informar o dígito se existir) (Informar o díg. 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.

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

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

<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou	<input type="checkbox"/> 29 AGO 2018
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou	<input type="checkbox"/> VERIFICADO
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.	<input type="checkbox"/> GENTES

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	--	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima teve filhos na nascença? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima teve pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--	--	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte de aqueles 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizado)	35 - Nome legível de quem assina a logo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
---	--	-------------------------------------

36 - CPF legível de quem assina a logo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha
---	-------------------------------------	--------------------------

37 - (*) Assinatura de quem assina a logo/a pedido	40 - Local e Data, _____	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	42 - Assinatura do representante legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--------------------------	---	--	---

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
--

45 - Assinatura do Procurador (se houver)

46 - Assinatura do Advogado (se houver)

47 - Assinatura do Juiz (se houver)

48 - Assinatura do Ministério PÚBLICO (se houver)

49 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver)

50 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

51 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

52 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

53 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

54 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

55 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

56 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

57 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

58 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

59 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

60 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

61 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

62 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

63 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

64 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

65 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

66 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

67 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

68 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

69 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

70 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

71 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

72 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

73 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

74 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

75 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

76 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

77 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

78 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

79 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

80 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

81 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

82 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

83 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

84 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

85 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

86 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

87 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

88 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

89 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

90 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

91 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

92 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

93 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

94 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

95 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

96 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

97 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

98 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

99 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)
--

100 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

101 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

102 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

103 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

104 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

105 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

106 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

107 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

108 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

109 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

110 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

111 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

112 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

113 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

114 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

115 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

116 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

117 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

118 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

119 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

120 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

121 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

122 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

123 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

124 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

125 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

126 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

127 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

128 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

129 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

130 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

131 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

132 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

133 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

134 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

135 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

136 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

137 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

138 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

139 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

140 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

141 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

142 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

143 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

144 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

145 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

146 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

147 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

148 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

149 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

150 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

151 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

152 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

153 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

154 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

155 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

156 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

157 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

158 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

159 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

160 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

161 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

162 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

163 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

164 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

165 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

166 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

167 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)

168 - Assinatura do Juiz de Direito (se houver)



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: 16/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000109487-6

Nr. da Autenticação 88BF5226BC187252



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:19:37
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209193677700000010324815>
Número do documento: 20072209193677700000010324815

Num. 10889195 - Pág. 15



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

~~NOVO OK~~
~~CIR. GERAL OK~~
~~ORTOPEDIA~~

Imp: 22/11/2018 10:48:16
User: LORENA
(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA		Prontuário: 456503
Mãe: ELIZABETE FEITOSA DA SILVA		Pai: ROSEILSON PERERIA DA ROCHA NONATO
End. Resid.: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 30/05/2000	Idade: 18a5m23d	Sexo: Feminino Fone: 86-98828-8086
Responsável: O MESMO		CNS: 898000536602931
Profissão:		Documento: CPF: - - -
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Solteiro(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 694910	Data: 22/11/2018 10:37:43	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Mecanismo de trauma significativo	CIRURGÃO GERAL	Laranja
Breve História:		Profissional Clas. Risco:	
PACIENTE VEIO ATRAVÉS DO SAMU COM RELATOS DE VITIMA DE ACIDENTE TRANSITO MOTO/COLISAO COM CARRO. APRESENTANDO EDEMA EM REGIAO FRONTAL. HEMATOMA. RELATA SER ALERGICA A DIPIRONA. SEGUO ALCOOLIZADA.		LORENA MAGALHÃES MACEDO 22/11/18 Em: 22/11/2018 10:48:15	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 11:00)		REALIZADO ULTRASOMOGRAFI	
<p>Paciente vítima de acidente motori</p> <p>clístico há + 1 hora, sem capa- te. (A) Via aérea patr. e colar cervical + gola rígida. (B) MHP liga- lamente, torax estavel, press RA 23 mm. (C) Abd estavel, Abdome mávor ou palpável, pelve estavel. (D) ECG = 13, pupilas iso- vírias e foveoligadas, TCE leve e/ou história de perda de consciência. (E) Escoriações + dor em mmais (F) e pelve.</p>			
PA 120 x 80 mmHg	Pulse: 120	DATA: / /	DEPARTAMENTOS DE SÍNTESES:
Diagnóstico Inicial:		FC: 80 BPM	Temp.: _____
		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	CID: _____
		EXAME: _____	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:		29 AGO 2018	LAUDO PROVISÓRIO
<p>TC do crânio (A)</p> <p>TC de coluna cervical (B)</p> <p>Rx de torax (C)</p> <p>Rx de pelve (D)</p>		<p>Rnd (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L) (M) (N) (O) (P) (Q) (R) (S) (T) (U) (V) (W) (X) (Y) (Z)</p> <p>USG abd (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L) (M) (N) (O) (P) (Q) (R) (S) (T) (U) (V) (W) (X) (Y) (Z)</p> <p>HUT DR. ZENON ROCHA</p> <p>TCAB (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L) (M) (N) (O) (P) (Q) (R) (S) (T) (U) (V) (W) (X) (Y) (Z)</p>	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		Se Internação, indique o Procedimento e CID	
DATA: 22/11/2018 11:45		Procedimento: _____	
HORA: 11:45		CID: _____	
Assinatura - Profissional Médico		Assinatura - Paciente ou Responsável	

Assinatura - Paciente ou Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Imp: 22/11/2018 10:48:32
(LORENA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA		Prontuário: 456503
Mãe: ELIZABETE FEITOSA DA SILVA	Pai: ROSEILSON PERERIA DA ROCHA NONATO	
End. Resid.: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 30/05/2000	Idade: 18a5m23d	Sexo: Feminino Fone: 86-98828-8086
Responsável: O MESMO	CNS: 898000536602931	
Profissão:	Documento: CPF: - - -	
G. Instrução: Fundamental Completo	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 694910	Data: 22/11/2018 10:37:43	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 22/11/18 12:00 ESPECIALISTA: Neurocirurgia

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TCE + Quida de Moto

Glasgow 15 Limitação antalgica de NSD

Tc de crânio: sem patologias neurocirúrgicas

Tc de coluna cervical: sem fraturas na listelos

CD: Sem conduta neurocirúrgica / alta de neurocirurgia

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 22/11/18 17:40h Ortopedia

Traume ósseo (D + artrodeses): avaliado e liberado neurocirurgia + cirurgia geral =

Cirurgia torácica - Pós fratura incompleta de clavícula (D)

CD: Traimento conservador (fissura omoterna).
Orientação de acompanhamento ambulatorial (D)

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: Dr. Edinaldo Bandeira de Oliveira
CRM-PI: 3084

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: Dr. Rocelmo Rezende
CRM-PI: 3331/CRM-MA 6487

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 22/11/18 12:20h ESPECIALISTA: cirurgia geral

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Pethamotizada + gestante) avaliação e conduta. ;

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: Dr. Rocelmo Rezende
CRM-PI: 3331/CRM-MA 6487

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 22/11/18 13:30 Clín - Geral

paciente vítima de acidente moto ciclista. OS abdômen sem alterações evanescidas. Fato (1/00 3 semanas 3 dias). Tumefação abdominal palpável de rendilhos a palpáculo profundo.

CD: Sem indicação de abordagem para cirurgia

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: Dr. Leonardo Dino



PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE				
Acidente de moto		Dr. J. P. RONALDO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
DATA: 22/11/18 HORA: 13:30			14:00 PA: 120/80 mmHg / P = 80 BPM # Cx. TORAX - 15:00h Acidente de trânsito (apreendeu de moto) há 2 horas, sedado analisado por hemotórax. Vigo exa- me (rc câmio + cervical, Rx mís- e torax), sem alterações agudas. Paciente já foi atendido por hemoto- rax há + 2 meses, quando necessi- tava descompressão pulmonar E. mas agora tem alterações agudas. Atual da cre. TORAX Dr. J. P. RONALDO			
① Diclofenac 2000 ② SPO, 97, 1000 ml EV oxig. ③ Crural 100 mg - SFO, 57. 100ml, oxig. ④ banho frio 7 amb + AD, EV, oxig. ⑤ CCE + SSU - ⑥ Observações		Dr. Leonardo Lino CRM-PI 6675 MÉDICO	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 28 AGO 2018 GENTE SEGURO DO BRASIL S.A. Rua Coelho de Resende, 1000 - Loja C Centro-Norte CEP: 64010-420 Teresina - PI Fone: 86-3200-47300 Juntas de Medicina FMS - HUT			
⑦ Bromoparax (amp + AD, EV, 8/15 h) Dr. Leonardo Lino CRM-PI 6675 MÉDICO		18/11 Paciente com quadro onírico / evi- dência de lesão cerebral subaguda / confusão e sonolência Ja avaliada pela clínica médica necessária para aferir pressão				
MÉDICO CRM: Dr. J. P. RONALDO		ALTA da Clínica Médica - Guiação da paciente para o hospital - Guiação da paciente para o hospital				
		17:00 Realizado exame com AD, 91, + A66 em sedoconector. De volta				
		Dr. Cláudio Henrique Clínico Respirologista Endoscopista Mod: 907				





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

152391

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	227531

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA	6 - Prontuário: 456503		
7-CNS: 898000536602931	8-Nascimento: 30/05/2000	9-Sexo: Feminino	RG: 4471475 - PI
11-Mãe: ELIZABETE FEITOSA DA SILVA			12-Fone: 86-98828-8086
13-Resp: (O MESMO)			14-Cor: Parda
15-Ender: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - CEP: 64000-000			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura em extremidade superior do úmero D.

21 - Condições que justificam a internação:
tto cirúrgico22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
exame físico + rx23-Diagnóstico Inicial:
Fratura da diáfise do úmero

24-CID Prim: 15-CID Sec: 26-UTD C.Acess:

5423

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408060190	27-Procedimento Solicitado: OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01 CPF 001.663.217-61	31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: YURI JIVAGO FELIX
		34-Data Solicitação: 22/11/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-Nº Bilhete:	41-Série:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CEP:
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: (<input type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF	49-Num. Documento:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: **EDNAN SOARES COUTINHO**
Consulta INCI: **694x10**
Consulta SIS: **6730**
Impressão: **03/12/2018 10:07:15**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 152391

AIH: 2218101854386

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
89800053602931	ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA		30/05/2000	F	456503
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
		ELIZABETE FEITOSA DA SILVA	ANDREINA THAYS		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE		
64002070			19		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
PROMORAR			TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE ITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DEFÍCIT FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO FRATURA LESÃO FISIARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGICA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO,RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERO

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408060190 - OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

22/11/2018

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))



DATA ADMISSÃO

22/11/2018 19:05

DATA ALTA

25/11/2018 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA
CPF: 46261079315

CRM:

DATA ANALISE: 03/12/2018 10:10:49

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luisa Vilela de Mesquita
Matr.: 047380
SAE - HUT
CONFIRMA O ORIGINAL



BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital: HUT Cx. 01234-1

C.N.P.J. —

Assinatura _____

Cargo _____

Name Vyda

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
	<p>01 placa DCP 45 mm extrita (6f.) (incluir parafusos)</p>
	<p>02 - esporões</p>
	<p>02 - extratos</p>

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material (is) aqui discriminado do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 03/11/18 DATA DA ALTA: / /

PACIENTE - Nome: Andréa Thays de Souza Resende

Nº AIH: 22753

Nº do Prontuário: 456503 Data da Internação / /

Procedimento Médico Realizado: C408020393

Indicador de Compatibilidade: 0703030901

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Isac Vaz - CRM: 123456789 - Matrícula: 123456789 - E-mail: isac.vaz@original.com.br

CRM N° CONFÉRENCES





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	227531

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA	6 - Prontuário: 456503
7-CNS: 898000536602931	8-Nascimento: 30/05/2000
9-Sexo: Feminino	10-CPF: ...
11-Mãe: ELIZABETE FEITOSA DA SILVA	12-Fone: 86-98828-8086
13-Resp: (O MESMO)	14-Fone:
15-Ender: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - CEP: 64000-000	16-Munic: TERESINA
17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408060190	30 - Procedimento Principal / Descrição: OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO O MÃO E O PÉ
31-Cod.Procedimento Especial 0702030902	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)

Quant. Solici-
cidata:
1

Fornecedor da OPM: **BIOSINTESE**

38-Profissional Responsável: YURI JIVAGO FELIX	40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: 23/11/2018	40-No.Doc. Med. Solic.: 001.663.217-61	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

<i>Pacete c/ anelula de Dr. afil de Ureter c/ necessidade de colocar Placa DCP 4,5 (6 furos).</i>

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: RONALDO ROCHA	47-Data Autorização: 29 AGO 2018	48-CNS/CPF: 101218
51-Justificativa da 'NÃO' autorização: CONTEUDO NÃO VERIFICADO		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria RONALDO ROCHA	51-Data Autorização: 29 AGO 2018	52-CNS/CPF: 101218

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
RONALDO ROCHA

*Jeanne Luisa Mendes da Cunha
Médico de Família
SAME - HUT
VERE COM O CEGO*





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

DATA 23/11/2018

NOME DO PACIENTE: Andreina T. S. da Roehan PRONTUÁRIO Nº: 456503

DIAGNÓSTICO:	<u>Dr. Kiana</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA:		Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Kiana</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	<u>Br. P. S. da Roehan</u>	CPF Nº:
ANESTESIA:	<u>Br. P. S. da Roehan</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	<u>Recorvo Oliveira</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>03</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>nº 24</u>	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>03</u>		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>—</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>50</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>150</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>—</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>50</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>100</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>—</u>	
COMPRESSA <u>7</u>	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>03</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>—</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>03</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE Nº	UNID.	<u>—</u>		SERINGA 3CC	UNID.	<u>—</u>	
FORMOL	ML	<u>—</u>		SORO FISIOLÓGICO <u>500ML</u>	UNID.	<u>03</u>	
GASES <u>5/0</u>	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>—</u>	
JELCO Nº	UNID.	<u>—</u>		<u>Eletricôdes</u> <u>29 AGO 2018</u>	UNID.	<u>05</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	<u>—</u>	<u>—</u>		<u>Escova</u> <u>Centro-Norte</u> <u>66000</u>	UNID.	<u>04</u>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	<u>—</u>	<u>—</u>		<u>Colpo</u> <u>Centro-Norte</u> <u>66000</u>	UNID.	<u>02</u>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG	<u>—</u>	<u>—</u>					
CAT. GUT. CROMADO S/AG	<u>—</u>	<u>—</u>					
(ALCOFIL) <u>Mononylon</u> <u>nº 3-0</u>	unid	<u>01</u>					
MONONYLON <u>nº 2-0</u>	unid	<u>01</u>					
FITA UMBILICAL	<u>—</u>	<u>—</u>		ENFERMARIA:			
VICRYL <u>nº 1</u>	unid	<u>01</u>		CIRCULANTE: <u>Orlanda</u>			
PROVAFINE	<u>—</u>	<u>—</u>					

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:19:37

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209193677700000010324815>

Número do documento: 20072209193677700000010324815

Num. 10889195 - Pág. 23



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Andreina Thays Feijosa da Rocha

Diagnóstico pré-operatório Fratura do úmero social ②

Operação - Tipo Fracuril articular.

Cirurgião Dr. YURI J. FELIX	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) Socorro Oliveira	Anestesista Dr. YURI J. FELIX	Anestesia
Anestésico(a)		

Data da Operação 03-11-2018	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação
5/ Fracuril articular

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① Posicão em "cadeira de praia" sob bloqueio de braço brachial + sedação ② Antissepsia + Assepsia + Colocação de pinças ③ Incisão Antro-lateral braço ④ - divulsões basais por planos ④ Redução Fratura do úmero ⑤ - Fracuril c/ placa DCP 4,5 (6 furos) - profuso ⑤ Controle c/ escopio + revisão de Articulação ⑥ Sutura de Planos + curativo.

Yuri J. Júlio Félix
Ortopedia / Traumatologia
C.R.C. 12.2308

Mod. 76 HUT





PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA NASC.	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
IDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA	456503	30/05/2000	18	Ortopédica	238	256	
VIA/HORA CÓDIGO	22/11/2018	FRAT. ÚMERO D					
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
25/11/18	Pronto Sane Clínica						
1	Dieta oral livre						
2	jelco salinizado						
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
4	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN						
5	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
6	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N						
7	Curativos diários						
8	Cuidados gerais e sinais vitais						
	Ata de alta hospitalar						
	Dr. Juvago Faria						
	Ortopedista Traumatologista						
	CRM/PI/2308 / CRM/3766-TEOT/11305 / CRM/3367						
	Dr. Giandomi Coimbra / Dr. Yuri Juvago Faria / Dr. Ricardo S. Valenga / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho						
	Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia						
	CRM/3415-TEOT/0029 / CRM/PI/2308 / CRM/3766-TEOT/11305 / CRM/3367						
	Nº de documento: 20072209193677700000010324815						



HOSPTAL
TERESINA - HUT
URGÊNCIA

DIADAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA/HORA CODIGO	PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA NASC.	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CODIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA							OBSERVAÇÕES
22/11/2018 IDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA	456503	30/05/2000	18	Ortopédica	238	256	HORÁRIOS	00:00 - Realizada ora- tivo oculto em dor de esterno, estufado SF, gás + gases. F.º lim- pa e seca. Téc. preme- 12:00 - Alterado P. A.º
24/11/18	Edilma Nogueira Nº: 1111111111							
1	Dieta oral livre							
2	jelco salinizado							
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs	Alergica à Dipirona						151 (101 miltg; P-81)
5	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
6	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
7	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
8	Curativos diários							
9	Cuidados gerais e sinais vitais							
10								



Dr. Giordano Craveiro / Dr. Yuri Irlêgo Félix / Dr. Ricardo S. Valente / Dr. Welton H. L. Pascua Filho
Ortopédica e Traumatologia / Ortopédica e Traumatologia / Ortopédica e Traumatologia / Ortopédica e Traumatologia
CRM 3415/TEST019 / CRM 3746/TEST017 / CRM 3398 / CRM 3397



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSR. AL DE
456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 - Loja C
Centro-Norte CEP: 54.002-470
Teresina-PI

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:19:37
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007220919367770000010324815>
Número do documento: 2007220919367770000010324815

Num. 10889195 - Pág. 27

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

NAME Andriane Thais F-PA Recup IDADE anos DATA 23/11/2018
HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 00 min TIPO DE ANESTESIA()GERAL()RAQUE()BLOQUEIO()PERIDURAL()SEDAÇÃO
CIRURGIA REALIZADA Ambe CIRURGIÃO

SINAIS VITais	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	129/72		189/58
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	89		87
SATURAÇÃO DE O2 (%)	98%		98%
TEMPERATURA AXILAR (0° C)	36,5		36,5
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	Andrea		1458

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK			ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2
	Movimenta dois membros	1	1	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1
	Tem apnêa	0	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2
	Desperta, se solicitado	1	1	1
	Não responde	0	0	0
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO						
ESCALA DE DOR ALTA						
() SONDA VESICAL	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG() NASOE	
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs
s	mL	hs	mL	hs	mL	hs

Evolução da Enfermagem:

11h - Admitida na SESP, em POS de frut. vírgo. Consciente, orientada. Experiente em IAS. HV p/nt. — Parentes

13:30 Alta, suspendido.

~~Klênia Freire Parentes
ENFERMEIRA
COREN-PI: 484025~~

Kleina Flora Parentes
ENFERMERA
COREN-PR: 484025

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

RESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA/SRPA

ENCAMINHAMENTO | EXTERNO | SALA DE GESSO | IMAGENS E GRÁFICOS |

2 | 13 | EMERGÊNCIA PED. UTI: | IPED | INEIRO | IGERAL | 14 | IQUEIM, CLÍNICA: | IPED | IORT | INEU | ICIR | IMED



FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE			DE REGISTRO	
DATA: 25/11/18	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA BRONQUITE		
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO	CORTICOIDES	ATARAXICOS OUTROS
ESTADO MENTAL				FÍSICOS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO				APLICADO AS EFEITOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3					
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	C° 38	260	08:00 - 10:40			
P. ARTERIAL V O PULSO		240	SEQUÊNCIA			
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		200	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		180	Paraventil 02:00			
RESPIRAÇÃO O		160	Mudejá 02:40			
SÍMBOLOS	140	08:40				
TÉCNICAS	120	DURAÇÃO 02:40				
OPERAÇÕES	100	08:40 - 10:40				
CIRURGIÕES	80	08:40 - 10:40				
ANESTESISTAS	60	08:40 - 10:40				
PARTICULARIDADES		29 AGO 2018				
MOD 76 - HUT		GENTE SEGURO S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI				





LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA** (Prontuário: 456503)
 Endereço: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000
 Nascimento: 30/05/2000 Idade: 18a5m23d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694910
 Requisição: 894280 Solicitação: 22/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1109027 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 22/11/2018

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido com finos ecos em suspensão. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: Integros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.

Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.

- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Útero gravídico, com embrião vivo e ativo, idade gestacional compatível com 8 semanas e 3 dias.
- Ovários não visualizados.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Vesícula biliar com conteúdo líquido com finos ecos em suspensão.
2. Útero gravídico, com embrião vivo e ativo, idade gestacional compatível com 8 semanas e 3 dias.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(LEANDRO

TERESINA - PI 22/11/2018

DANIEL AUGUSTO LIMA LEITE

CPF: 566.189.643-34 CRM 3389

Profissional Responsável



José Luís Mendes de Oliveira
 Matrícula: 450
 SAME - 00
 INFER COLO OSEGA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:19:37
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209193677700000010324815>
 Número do documento: 20072209193677700000010324815

Num. 10889195 - Pág. 31



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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA** (Prontuário: 456503)
Endereço: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 30/05/2000 Idade: 18a5m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694910
Requisição: 894281 Solicitação: 22/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1109028 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exam: 22/11/2018

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura alinhada no colo cirúrgico do úmero.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 27/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Professional Responsável



Lucas Viana de Mesquita
Matrícula 4700
SAME • COM • ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:19:37
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007220919367770000010324815>
Número do documento: 2007220919367770000010324815

Num. 10889195 - Pág. 32



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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA (Prontuário: 456503)		
Endereço:	QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000		
Nascimento:	30/05/2000	Idade: 18a5m28d	Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694910
Requisição:	894281	Solicitação: 22/11/2018	Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle:	1109029	Convênio: S U S	

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 22/11/2018

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 27/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:19:37
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209193677700000010324815>
 Número do documento: 20072209193677700000010324815

Vera Lúcia Mendes de Magalhães
 Matrícula: 47350
 SAM/CEUT
 COPIAR COM O ORIGINAL

Num. 10889195 - Pág. 33



LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA** (Prontuário: 456503)
Endereço: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 30/05/2000 Idade: 18a5m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694910
Requisição: 894282 Solicitação: 22/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1109030 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exam: 22/11/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA. Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÉNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 27/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA** (Prontuário: 456503)
Endereço: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 30/05/2000 Idade: 18a5m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694910
Requisição: 894282 Solicitação: 22/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1109032 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 22/11/2018

BRACO DIREITO

O estudo radiológico do braço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura alinhada no colo cirúrgico do úmero direito.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 27/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:19:37
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007220919367770000010324815>
Número do documento: 2007220919367770000010324815

Num. 10889195 - Pág. 35



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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA** (Prontuário: 456503)
Endereço: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 30/05/2000 Idade: 18a5m23d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694910
Requisição: 894283 Solicitação: 22/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1109033 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exam: 22/11/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICACÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL

(HOAQ ANTONIO)

TERESINA - PI 22/11/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPE 335 029 603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



João Luís Neto de Araújo
Matri: 107230
SAE - HUT
CONFIRA COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:19:37
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007220919367770000010324815>
Número do documento: 2007220919367770000010324815

Núm. 10889195 - Pág. 36



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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA** (Prontuário: 456503)
 Endereço: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000
 Nascimento: 30/05/2000 Idade: 18a5m23d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694910
 Requisição: 894284 Solicitação: 22/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1109034 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 22/11/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICais BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS INTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAIS AMPLOS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/11/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Joelson Oliveira Moreira
 Matrícula: 4730
 SAMT - HUT
 LAUDO ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:19:37
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209193677700000010324815>
 Número do documento: 20072209193677700000010324815

Num. 10889195 - Pág. 37

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
RESERVA	4.471.475
GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
NAME	20/09/16
ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA	
ELIZABETE FEITOSA DA SILVA	
ROSEILSON PEREIRA DA ROCHA NONATO	
NATURALIDADE	
PARNAIBA-PI	
DOC. CÓDIGO	
CERT. NASC. 341 L 1. F. 172	
CBP	EXP LAJEDO-TO 23/06/00
079.993.443-70	
0974923	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	





REQUERIDO EN ASTURIAS

1919872460

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Log C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Tf: (65) 3111-1234-1234



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:19:37

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:19:37
http://tiny.pje.ius.br:80/1c/Processo/ConsultaDocumento/listView_seam?x=2007220919367770000010324815

Número do documento: 200722091936770000010324815

Núm. 10889195 - Pág. 39

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190505897 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREINA THAYS FEITOSA DA **Data do acidente:** 22/11/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E
ROCHA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO (PAG.01.04)
FRATURA DA EXTREMIDADE DO ÚMERO DIREITO (PAG.04)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO + PLACA E PARAFUSO) E ALTA (PAG.09)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

