

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI
SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO "JOAO DE DEUS MARTINS"

0531869

João de Sousa Silva

ASSINATURA DIGITAL AR

CARTERA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 2.038.781 DATA DE
EXPIRAÇÃO 19/12/14

NOME
JANE DE SOUSA SERRA
FUNÇÃO

ANTONIA FERNANDES DE SOUSA SERRA
FERNAND SERRA
MASCULINO DATA DE NASCIMENTO

TERESINA-PI 29/07/1981

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 416447C 55 F 78
EXP TERESINA-PI 18/12/14 *18/12/14*
TERESINA - PI
896.822.033-68 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27359478000038 - IE 1399495274
Av. Prof Camilo Filho, 3960, 2º-dos-Santos - CEP 64090-060, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA 26773384-4 FATURA Nº 154055646
MÊS/ANO 12/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARIO SILVA CARVALHO

RUA CEREJEIRA, 4555-BL-07-APTO-301 B.VIVER I-LOURIVAL
PARENTE-TERESINA-PI-cep: 64022245

LOCALIZAÇÃO
014-00034-000525

GRUPO 014 NÚMERO DO HEDRÔMETRO A12L105159

HISTÓRICO DE CONSUMO	DATA	LEITURA
MÊS/ANO TIPO	LEDO	FATURADO
11-2019 L.140	03	10
10-2019 L.140	02	10
09-2019 L.140	02	10
08-2019 L.140	02	10
07-2019 L.140	02	10
06-2019 L.140	02	10

ECONOMIA - CATEGORIA / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

DATA 21/11/2019 391
LEITURA
ATUAL 19/12/2019 395

CONSUMO MÊS M3 10

ISS 12% ISENTO
PIS-PASEP 56,92 x 1,65% = 0,93
COFINS 56,92 x 7,60% = 4,32

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
1	0 a 10 3,06 x 100 = 30,66
2	10 a 25 5,71 x 100 = 57,14
3	25 a 50 9,52 x 100 = 95,10

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66		
> Residencial-Normal	10,0 m3	30,66
VALOR DE ESGOTO - 24,53		
> Residencial-Normal	10,0 m3	24,53
JUROS POR ATRASO	001/001	0,59
MULTA POR ATRASO	001/001	1,14

VENCIMENTO
03/01/2020

TOTAL A PAGAR
56,92

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MESSAGEM

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3187	3180	7	1,30	0,2-5,0 mg/L
ODOR APARENTE	3487	3485	2	3,94	Inferior a 15
PH	2474	2436	38	6,87	6,00-9,50
TURBIDEZ	3481	3477	4	0,93	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA COL	1372	1372	0	Ausencia	Ausente
	1372	1372	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 19/12/2019 HORA DA EMISSÃO: 11:51

T. 42-348 20191219115431

ÁGUAS DE
TERESINA

MATRÍCULA
26773384-4

FATURA Nº 154055646
MÊS / ANO 12/2019

VENCIMENTO
03/01/2020

VALOR A PAGAR
56,92

82670000000-1 56921535000-4 00201915405-9 56460100104-8



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 92

Eu, Antonio oliveira da Silva

RG nº 1.120.512, data de expedição 30/06/11

Órgão SS PI, portador do CPF nº 473.574.953-53

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

PI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. 90 casa 06 PUCU I, nº

complemento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

João de Deus Silva, cujo o condutor era

A mesma

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: YAMAHA/TJ15 CRYPTON Ano: 2012

Placa: DVB-1998 Chassi: 9CGKE1560C0015480

Data do Acidente: 18/09/2019

Local e Data: TERESINA 19/12/2019.

Antonio oliveira da Silva

Assinatura do Declarante

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

Cartório 8º Ofício de Notas de Teresina

ANNA BARBARA ALENCAR DE SA E FREITAS SILVEIRA - TABELIA INTERNA
CPF: 32.282.747/0001-76 - CNJ: 79881

AVENIDA JOAQUIM NEVES QUADRA 135 ITAVERÉ - N.º 17, TERESINA - PIAUÍ, TEL: (86) 98927-5426

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA
DOCUMENTO DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO EM TESTE
VERDADE DO FE TERESINA, 19/12/2019 - 14 55 42
CELO AAK91623 - BH0W CONSULTE EM www.tpi.jus.br/portal/retir

ADRIANA CAROLINE SILVEIRA MAIA - ESCRIVENTE
Em: R\$ 3,80 TJ R\$ 0,77 MP R\$ 0,00 Geo R\$ 0,26 Total: R\$ 4,83

CARTÓRIO 8º OFÍCIO DE NOTAS DE TERESINA - PIAUÍ
ANNA BARBARA ALENCAR DE SA E FREITAS SILVEIRA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 896822033-68 4 - Nome completo da vítima: JANE DE SOUSA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: JANE DE SOUSA SILVA 6 - CPF: 896822033-68
7 - Profissão: Economista R. Arfêro, 4555 Bl. 07 Ap 301 9 - Número: 4555 10 - Complemento: BINVIVANT
11 - Bairro: JOURNAL POINT 12 - Cidade: TERESINA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64022-245
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 199859025

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:

☒ RECUSO 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 Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: JTAU

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0344 CONTA: 774492 (Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 deixou nascituro (vivo/nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TERESINA 19/02/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 896822033-68 4 - Nome completo da vítima: JANE DE SOUSA SILVA

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

5 - Nome completo: JANE DE SOUSA SILVA 6 - CPF: 896822033-68
7 - Profissão: JORNALISTA 8 - Endereço: 4555 B.L. 09 AP 301 9 - Número: 4555 10 - Complemento: BENVENUT
11 - Bairro: JOURNAL POINTS 12 - Cidade: TERESINA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64022-246
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 99859025

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: ☒ RECUSO 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 Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) /
Nome do BANCO: JTAU
AGÊNCIA: 0344 CONTA: 77449 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TERESINA 19/02/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000283/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/01/2020 15:54 Data/Hora Fim: 06/01/2020 15:56

Delegado de Polícia: Enka Mourão Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 18/09/2019 00:10

Local do Fato

Município: Teresina (PI)

Bairro: Lourival Parente

Logradouro: RUA 15 DE NOVEMBRO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095 - AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JANE DE SOUSA SERRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PI - Teresina

Sexo: Feminino

Nasc: 20/07/1981

Profissão: Balconista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Antonia Fernandes de Sousa Serra

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 896.822.033-68

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: COND. BEM VIVER, BL 7 - AP 301

Bairro: LOURIVAL PARENTE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 473.574.953-53

Placa: OUB1298

Renavam: 00503663654

Número do Motor: E3F9C-035684

Número do Chassi: 9C6KE1560C0019480

Ano/Modelo Fabricação: 2012/2012

Cor: VERMELHA

UF Veículo: Piauí

Município Veículo: Teresina

Marca/Modelo: YAMAHA/T115 CRYPTON K

Modelo: YAMAHA/T115 CRYPTON K

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Meio Empregado

Última Atualização Denatran: 28/08/2018

Situação do Veículo: NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Jane de Sousa Serra

Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Enka Mourão Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralício Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 06/01/2020 15:56
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000283/2020-A01

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO EM ENDEREÇO CITADO, QUANDO UM CACHORRO PASSOU NA FRENTE DE SUA MOTO, ONDE A MESMA PERDEU O CONTROLE E CAIU, LESIONADA FOI SOCORRIDA POR LUIS CARLOS CUNHA LIMA, CPF 011.310.073-60, ENCAMINHADA PARA O HUT. DECLARAÇÕES PRESTADA PELA VITIMA.

ASSINATURAS


Almiralco Ribeiro Lebre Carlos
escrivão
Matricula 0087610
Responsável pelo Atendimento


Jairo de Sousa Serra
(Comunicante - Vitima)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou ou souste(a) responsável pelas informações acima apresentadas e deixo aqui poder responder civil e criminalmente pelo presente relatório que de engem, conforme previsto nos Artigos 130 Denúncia Caluniosa e 343 Denúncia Falsa da Constituição Federal de 1988 e do Código Penal Brasileiro.

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200026057

Vítima: JANE DE SOUSA SERRA

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANE DE SOUSA SERRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JANE DE SOUSA SERRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 341

Agência: 000000344

Conta: 0000077449-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200026057

Vítima: JANE DE SOUSA SERRA

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANE DE SOUSA SERRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANE DE SOUSA SERRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00344

CONTA: 000000077449-2

Autenticação:

C89904D1BD5BE4F55FBF0BEE749162ABFC88C86427C405985203ED666F991AF2



NOME DO PACIENTE: JANE DE SOUSA SERRA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 523180

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matricula: 47392
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

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

**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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 18/09/2019 00:41:48

(User: RICARDO VALENÇA)

(Estação: GESS002)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JANE DE SOUSA SERRA		Prontuário: 523180
Mãe: ANTONIA FERNANDES DE SOUSA SERRA		Pai: FERDINANDES SERRA
End.Resid.: CON D BEM VIVER, BL 07, AP 301 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 29/07/1981	Idade: 38a1m20d	Sexo: Feminino Fone: 86-99985-9025
Responsável: SILVIA VALERIA		CNS: 898003902618444
Profissão: BALCONISTA		Documento: RG: 2038781 - SSP PI
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 741992	Entrada: 18/09/2019 00:25:00	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
	TONOGRAMA REALIZADA DATA 18/09/19 GRADUADO EXAME COTÓFLEX TECNÓLOGO: [assinatura]	Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Paciente com relato de acidente motociclistico com trauma em cotovelo direito com dor local e leve limitação de adm

Rx e TC excluem fratura e lesão no
cot. Sulc. h. e p. do cingulo

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM ORIGINAL

RAIO-X REALIZADO
DATA 18/09/19
TEC

Diagnóstico Inicial:**Exames Complementares:**

(1312514) - COTOVELO DIREITO

Prescrição Médica:**Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto)

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Dr. André Luís
CRM-PI 6936 CRM-MA 10311

Silvia Valéria Serra

Assinatura Paciente ou Responsável

RICARDO SOARES VALENÇA
CRM 3766 PI Em: 18/09/2019 00:41:47

COMUNICAÇÃO DE USO DE ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Nome do paciente: Jane de Sousa Serna Nº Prontuário: 523180
Procedimento realizado: _____ Código de compatibilidade: 0702031127
Nome do Médico/CRM/CRO: D^a Leio Data da utilização do material: 18/09/19
Convênio: _____ Local: HUT

[illegible]

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matricula: 47990
SAME - RUT
CONFERE COM O ORIGINAL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Dr. Ciro Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054

Data: 18, 09, 19

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL



**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: 247720
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	JANE DE SOUSA SERRA			6 - Prontuário:	523180
7-CNS:	898003902618444	8-Nascimento:	29/07/1981	9-Sexo:	Feminino
11-Mãe:	ANTONIA FERNANDES DE SOUSA SERRA			CPF:	. . .
13-Resp:	SILVIA VALERIA			12-Fone:	86-99985-9025
15-Endere:	CON D BEM VIVER, BL 07, AP 301 - LOURIVAL PARENTE - CEP: 64000-010			14-Fone:	86-99985-9025
16-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI
				19-CEP:	64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

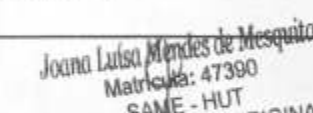
31-Cod.Proced.Princip. 0408020059	30 - Procedimento Principal / Descrição: ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RÁDIO	Quant. Soli- cidada: 1
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702031127	32 - Descrição do Procedimento Especial: PROTESE DE CABECA DE RADIO	
Fornecedor da OPM: MEDICAL LIFE		

38-Profissional Responsável: RAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Raio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI: 3054
39-Data Solicitação: 18/09/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 776.327.023-34	
		41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Artroplastia de Cabeça do Rádio (D)

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	 Joana Luísa Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL 49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 29/10/19	52-CNS/CPF:
		 José de Raimundo Santos Filho Assessor de Auditoria - RSCAA/FMS CRM - PI: 1808 - CPF: 332.005.433-00 CNS 170600533260002



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE TERESINA - HUT

HORÁRIO DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

JANE DE SOUSA SERRA

PRONTUÁRIO

523180

DATA NASC

29/07/1981

IDADE

38

CLÍNICA

Ortopédica

ENF. OU AP. LEITO

235 28

MÉDICO ASSISTENTE

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DI : 18/09/2019 FRATURA COTOVELO+RADIO D

19/09/19

1 Dieta oral livre

2 Igelco salinizado

3 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs

4 Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN

5 Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs

6 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h

7 Bromoprida 10mg/ml -1amp + AD EV 8/8 hs SN

8 Cuidados gerais e sinais vitais

Queda de braço estendido, ao brincar
após alta hospitalar

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Mestranda: 47390
SAÚDE - HUT

CONFERE COM O ORIGINAL

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES

Dr. Jordano Geronzi Reiger / Dr. Yuri Inácio Figueira / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pestosa Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia
CRM 1415-TEOT10029 / CRM 1412308 / CRM 3766-TEOT11905 / CRM 3367

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO 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	247720

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JANE DE SOUSA SERRA				6 - Prontuário: 523180	
7-CNS:	898003902618444	8-Nascimento:	29/07/1981	9-Sexo: Feminino	RG: 2038781 - SSP PI
11-Mãe:	ANTONIA FERNANDES DE SOUSA SERRA			12-Fone:	86-99985-9025
13-Resp:	SILVIA VALERIA			14-Cor:	Parda
15-Ender:	CON D BEM VIVER, BL 07, AP 301 - LOURIVAL PARENTE - CEP: 64000-010				
16-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI
				19-CEP:	64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente com dor de
tórax no cotovelo D
do e dor local, impotência funcional

21 - Condições que justificam a internação:

Traumatismo Cirúrgico

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

RX+TC = fratura Cominutiva Coto do Rádio D

23-Diagnóstico Inicial:

Luxação da cabeça do rádio

24-CID Prin:

S530

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020059		27-Procedimento Solicitado: ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RÁDIO		Tempo SUS: 3
29-Clinica:		30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 776.327.023-34
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO			34-Data Solicitação: 18/09/2019	
35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)				

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	Joana Luisa Mendes de Mesquita		
38-() Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
	MATRÍCULA: 47390		
	SAME - HUT		
45 - Vínculo com a Previdência:	CONFERE COM O ORIGINAL		
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 29/10/19	48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:
		<i>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto</i> Assessor de Auditoria - BACANAL CRM-PI: 3054 CNS: 86000533260002	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto

Assessor de Auditoria - BACANAL
CRM-PI: 3054
CNS: 86000533260002
Impressão: 18/09/2019 11:31:20

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Joana de Sousa Sereia IDADE _____ anos DATA 18/09/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO
 CIRURGIA REALIZADA Artroscopia do cotovelo CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO			
	ADMISSÃO	12:10	12:30	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>107x67</u>	<u>103/63</u>	<u>97/63</u>	<u>98x52</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>83</u>	<u>82</u>	<u>81</u>	<u>86</u>
SATURACÃO DE O ₂ (%)	<u>97</u>	<u>95+</u>	<u>94+</u>	<u>94</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)				
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)				
NOME/ MATRÍCULA	<u>Marcelo</u>			<u>Marcelo</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

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

ESCALA DE DOR
ADMISSÃO



ESCALA DE DOR
ALTA



TOTAL

09

09

ASS.

MP Aparecida de Almeida
COREN PI 20051 - ENF

Cristiane Fiburcio de Souza
COREN - PI 14944
ENFERMEIRO

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

13:45 Admitida no SRPA em POF de alto risco para
 fraturas em este membro. Submetido ao bloqueio. Consciente,
 calmo, suplexo, respirando com 94% sat. Fe com
 curativo limpo.

13:50 segue estável, 51 curativos. Transferida
 da SRPA.

Joana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 77890
 SAME - BUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

RAIO-X REALIZADO
 DATA 18/09/19 HORA _____
 TÉCNICO: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

Dr. Renato de Lima
 Anestesiologista
 CRM 4921

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UYT: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Jaque de Sousa Lima

Diagnóstico pré-operatório

Fratura Coluna Dado (D)

Operação - Tipo

Artroscopia Coluna Dado (D)

Cirurgião

Dr. Celso Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Assistente(a)

Data da Operação

18/09/19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O limbo

Relatório Imediato do Patologista

§

Acidente Durante a Operação

§

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- Paciente sob anestesia - Anestesia e Autômano
- Anestesia Colateral Coluna Dado (D)
- Fratura - Retirada de fragmentos
- Coluna Coluna Dado + Ligadura de disco
- Artroscopia Coluna Dado (D)
- Retirada de fragmentos e espondilite
- Suturas por planos - Limbo

Dr. Celso Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Jone de Sousa Silva</u>					Nº DE REGISTRO	
DATA <u>18/09/19</u>	P. ARTERIAL <u>120x73</u>	PULSO <u>85</u>	RESPIRAÇÃO <u>16</u>	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA <u>Nega alergias</u>						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ASMA <u>Nega</u> BRONQUITE	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>Sem alterações</u>						
SISTEMA DIGESTIVO <u>sem > sh</u>					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura de Rádio D</u>					FÍSICOS <u>ASA I</u>	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO			TOTAL DE DOSES	
1		2			3	
AVP LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 400 300 200 OUTROS 100			<u>1</u> Clonazepam 2mg <u>2</u> Midazolam 5mg <u>3</u> Fentanyl 50mcg <u>4</u> Dikometarona 10mg <u>5</u> Boudomilona 4mg <u>6</u> Teclalcom 20mg	
TEMPERATURA T		260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10			260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	
P. ARTERIAL V O PULSO		38 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10			38 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		10:50 11:05 + garrote 11:40			10:50 11:05 + garrote 11:40	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		10:50 11:05 + garrote 11:40			10:50 11:05 + garrote 11:40	
RESPIRAÇÃO O		10:50 11:05 + garrote 11:40			10:50 11:05 + garrote 11:40	
SÍMBOLOS					DURAÇÃO 0,5% - 10m	
TÉCNICAS <u>Monitorização, remoção de chavado, Bloqueio de plexo braquial perivascular subclávio guiado por USG.</u>					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES <u>Colocação de Prótese de Cabeça de Rádio D.</u>					<u>1</u> Estimulador de plexo com A + B.	
CIRURGIÕES <u>Caio</u>						
ANESTESISTAS						
 Dra. Patricia Mendes Anestesiologista CRM 12345					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
Joana Luisa Mendes de M. Quinto Matrícula: 47390 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL						
PARITICULARIDADES						



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 65280 - Em: (18/09/2019)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc.	Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
247700	523160	JANE DE SOUSA SERRA	29/07/1981	POSTO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 04	JOSE FERREIRA NETO			
Evolução:					Alergias:					
Hora:					Diagnóstico/Comorbidades:					
					fratura da cabeça do rádio					
Seq.:	Descrição- Apresentação/ Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta										
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO"		1,00	Frasco	EV	24/24h				
2	MANEIR ACESSO		1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		
3	TRAPADOL 100MG/2ML INJETÁVEL		1,00	Ampola	EV	12/12h		SF 0,9%		
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML.		1,00	Ampola	EV	8/8h				

Observações Gerais: SSVV + CCOG

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



1804-OK



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 65280 - Em: 18/09/2019

Atendimento	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
247700	523180	JANE DE SOUSA SERRA	29/07/1981	POSTO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 04	JOSE FERREIRA NETO			
Evolução:		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:						
Hora:				fratura da cabeça do rádio						
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta										
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO"		1,00	Frasco	EV	24/24h				
2	MATER ACESSO		1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		
3	DIFIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.		1,00	Ampola	EV	12/12h		SF 0,9%		
4	TRAVADOL 100MG/2ML INJETÁVEL SE DOR REFRACTÁRIA		1,00	Ampola	EV	8/8h				
5	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS		1,00	Ampola	EV	8/8h				

Observações Gerais: STIV + CCGS

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Jose Ferreira Neto
CRM: 1558
Pediatra



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 65280 - Em: (18/09/2019)

Atendimento	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:		
247700	523180	JANE DE SOUSA SERRA	29/07/1981	POSTO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 04	RICARDO SOARES VALENÇA		
Evolução:		radio inferior / catavels D		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:			
Hora:						fratura da cabeça do rádio			
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta									
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLUCOSADO" MANEIR ACESSO	1,00	Frasco	EV	24/24h				06:00 Aguardo PA. Medica
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h				P: 86. mparale
3	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h				06:00 Pulverizado AVP
4	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL SE DOR REFRATÁRIA	1,00	Ampola	EV	12/12h				com 1000 20 em msc.
5	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. SE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h				mparale
6	CAPTOPRIL 25MG SE PAS>160 OU PAD > 110 MMHG	1,00	Comprim	Oral	SN				

Observações Gerais:

SSV + COGG

Dr. André Luis Nogueira
CRM-PI 6930 / CRM-MA 10311

Prescrição OK

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matri. 147390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**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: **JANE DE SOUSA SERRA** (Prontuário: 523180)
Endereço: CON D BEM VIVER, BL 07, AP 301 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 29/07/1981 Idade: 38a1m25d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 741992
Requisição: 1001663 Solicitação: 18/09/2019 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 1312514 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 18/09/2019

COTOVELO DIREITO

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

- Fratura na cabeça do rádio.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/09/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**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: **JANE DE SOUSA SERRA** (Prontuário: 523180)
Endereço: CON D BEM VIVER, BL 07, AP 301 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 29/07/1981 Idade: 38a1m20d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 247700
Requisição: 1001685 Solicitação: 18/09/2019 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 1312561 Convênio: S U S CENTRO CIRURGICO CENTRO SALA 05

RELATÓRIO:

Data Exame: 18/09/2019

Cod. SIA: 0206020015

T.C. DE COTOVELO ESQUERDO

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

- FRATURA ACOMETENDO A CABEÇA DO RÁDIO.
- INTERLINHAS ARTICULARES PRESERVADAS.
- AUMENTO DE PARTES MOLES DO COTOVELO (EDEMA).

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 18/09/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**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: **FRANCISCO DA SILVA ARAUJO** (Prontuário: 471730)
Endereço: BOA FE - ZONA RURAL - JOSE DE FREITAS - PI CEP: 64110-000
Nascimento: 03/11/1979 Idade: 38a5m3d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 210859
Requisição: 825247 Solicitação: 28/03/2018 Solicitante: MILENA CANTUÁRIO CAVALCANTE
Controle: 1021280 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P67 ENFERMARIA 212 LEITO 139

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 28/03/2018

TORAX PA

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

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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 06/04/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**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: **JANE DE SOUSA SERRA** (Prontuário: 523180)
Endereço: CON D BEM VIVER, BL 07, AP 301 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 29/07/1981 Idade: 38a1m26d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 247720
Requisição: 1001833 Solicitação: 18/09/2019 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
Controle: 1312901 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 28

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 18/09/2019

COTOVELO DIREITO

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

- Artroplastia com prótese metálica bem posicionada na cabeça do rádio.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matricula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



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: **FRANCISCO DA SILVA ARAUJO** (Prontuário: 471730)
Endereço: BOA FE - ZONA RURAL - JOSE DE FREITAS - PI CEP: 64110-000
Nascimento: 03/11/1979 Idade: 38a7m18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 210859
Requisição: 825533 Solicitação: 29/03/2018 Solicitante: JOAO ALFREDO BARROS PAZ
Controle: 1021599 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - PGT ENFERMARIA 212 LEITO 139

Cod. SIA: 0204030170

RELATÓRIO:

Data Exame: 29/03/2018

TORAX PA

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

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- TUBO OROTRAQUEAL.
- SONDA NASOGÁSTRICA.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 21/06/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME / HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 -- Centro Sul -- Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: JANE DE SOUSA SERRA

Data do exame: 10/10/2019

Id Paciente: LA265896

Data do laudo: 16-10-2019

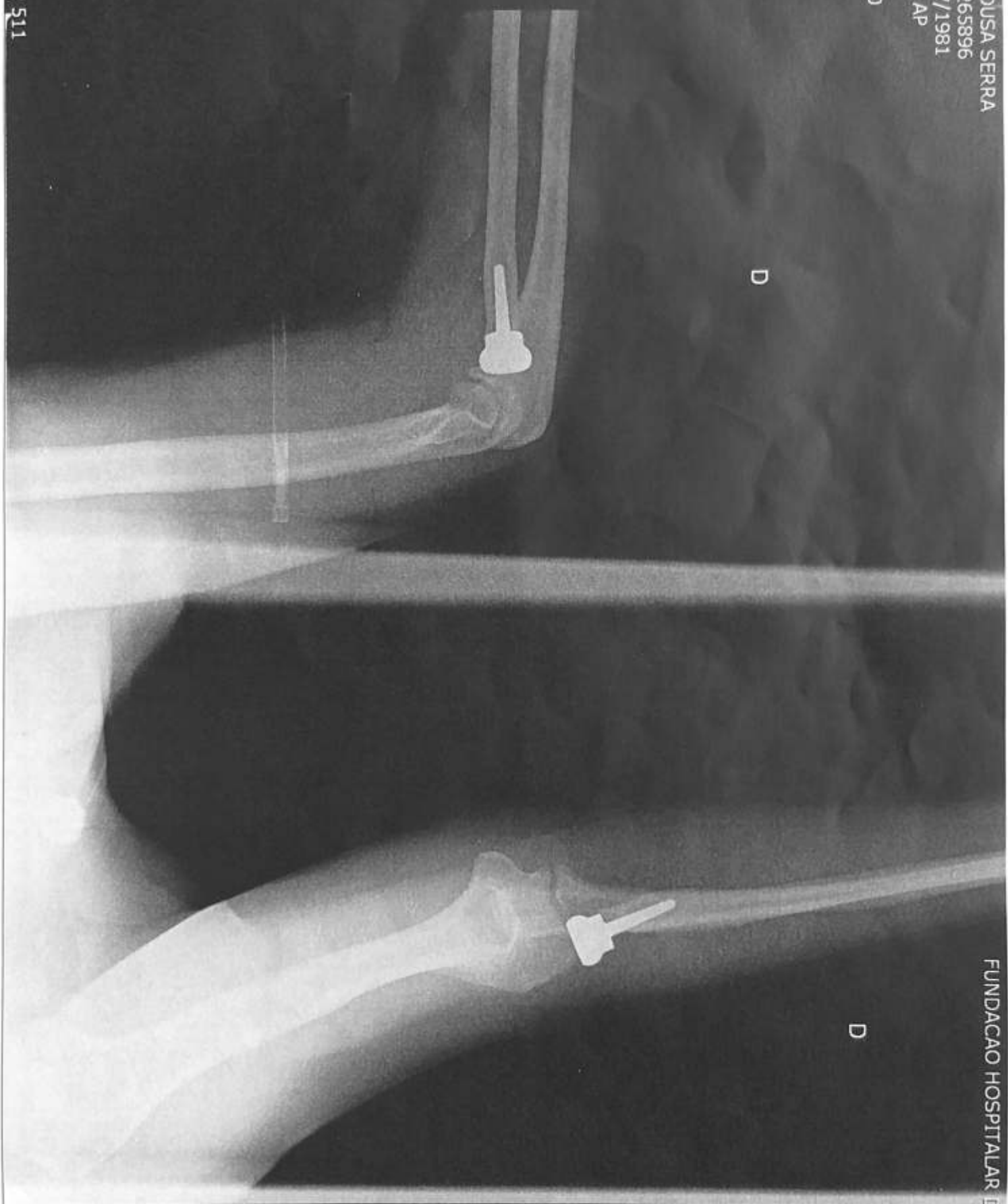
Raio X de Cotovelo Direito

Prótese Total localizada na cabeça do rádio.

- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

Dr. Joelson Oliveira Moreira
Médico Radiologista
CRM-PI: 2353

JANE, DE SOUSA SERRA
038Y F LA265896
Nasc: 29/07/1981
COTOVELO AP
UP_EXM
1760 X 2140



FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
10/10/2019
12:59:01

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200026057 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANE DE SOUSA SERRA **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA CABEÇA DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ARTROPLASTIA.ALTA.
P2,5,6,8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE COTOVELO 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 INTENSO DE COTOVELO 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 cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200026057 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANE DE SOUSA SERRA **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA CABEÇA DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ARTROPLASTIA.ALTA.
P2,5,6,8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE COTOVELO 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 INTENSO DE COTOVELO 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 cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022165/20

Vítima: JANE DE SOUSA SERRA

CPF: 896.822.033-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JANE DE SOUSA SERRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JANE DE SOUSA SERRA : 896.822.033-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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