

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Audiências, Sistema SAJ, Consulta proce..., PJ 0807438-39.20..., Download file..., (26) WhatsApp, +

Address bar: [tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=487049&ca=40008ae1e203c56b2e180281201ecc...](https://tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=487049&ca=40008ae1e203c56b2e180281201ecc...)

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., sAdministrativos, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: **PJe** ProceComCiv 0807438-39.2020.8.18.0140 JANE DE SOUSA SERRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO...

Page Title: 11844629 - CONTESTAÇÃO (2750105 CONTESTACAO 01)

Metadata: Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 15/09/2020 09:01:35

Left Sidebar (15 Sep 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 11844627 - CONTESTAÇÃO
    - 11844629 - CONTESTAÇÃO (2750105 CONTESTACAO 01)
    - 11844632 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
    - 11844633 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
    - 11898238 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
    - 11898240 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

Main Content Area (downloadBinario.seam):

1 / 12

JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08074383920208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

Taskbar: Windows icons, System tray: PT, 09:01, 15/09/2020



Número: **0807438-39.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **17/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JANE DE SOUSA SERRA (AUTOR)		ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11844 632	15/09/2020 09:01	<a href="#">PROC ADM</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
IDENTIFICADORA	2.038.781
DATA DE EXPIRAÇÃO	19/12/14
NOME	JANE DE SOUSA SERRA
PALEÇADO	
ANTONIA FERNANDES DE SOUSA SERRA	
FERNAND SERRA	
TERESINA-PI	
DOC. CIVIL	
DATA DE NASCIMENTO	29/07/1981
CERT. NASC. 41647C 55 F 78	
EXP. TERESINA-PI 18/12/14	
TERESINA-PI	
896.822.033-68	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 20/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83	



# ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27.353.740/0001-08 - I.E. 139.985.578  
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Têxteis no Sertão - CEP 64090-060, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3159

MATRICULA 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 HIDRÔMETRO A12L105159

HISTÓRICO DE CONSUMO	TIPO	LEITURA	FATURADO	ECONOMIAS - CATEGORIA / TIPO TARIFA
1-2019	L1	03	10	1 Residencial - Normal
10-2019	L1	02	10	
09-2019	L1	02	10	
08-2019	L1	02	10	
07-2019	L1	02	10	
06-2019	L1	02	10	

DATA 21/11/2019 LEITURA 391  
ANTERIOR 19/12/2019 395  
CONSUMO MÊS M3 10  
M3 107410000  
PIS-PASE 56,92 x 1,65% = 0,93  
COPRES 56,92 x 7,60% = 4,32

TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO	VALOR
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R5/M3 E (%)	VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66	30,66
1-10 3,0641 80	> Residencial-Normal 10,0 m3	30,66
10-25 5,7120 90	VALOR DE ESGOTO - 24,53	24,53
25-999999 9,9610 90	> Residencial-Normal 10,0 m3	24,53
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R5/M3 E (%)	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). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.  
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

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

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S 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
COR 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
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

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

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

ÁGUAS DE  
TERESINA

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

VENCIMENTO 03/01/2020 VALOR A PAGAR 56,92

8267000000-1 56921535000-4 00201915405-9 56460100104-8



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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

LC (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 90

Eu, Antônio oliveira da Silva  
RG nº 1.520.512, data de expedição 30/06/11  
Órgão SSPI, portador do CPF nº 473.574.953-53  
com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de  
PI, onde residu na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. 90 casa 06 Durcun 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  
JOSE DE SAUSO SILVA, cujo o condutor era  
A mesma  
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: YAMAHA/TJ15CRYPTON Ano: 2012  
Placa: DVB-1998 Chassi: 9C6KEJ560C0015480  
Data do Acidente: 18/09/2019

Local e Data: TERESINA 19/12/2019.

Antônio 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 - TABELA INTERINA  
CPF: 33.282.147/0001-76 - CNJ: 79891  
AVENIDA JOAQUIM NEVES GUARATYSS, ITAIPAVÁ - N.º 17, TERESINA - PIAUI TEL: (06) 36057-5425

RECONHEÇO POR AUTENTICAÇÃO A FIRMA DE ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA, N.º  
DOCUMENTO DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO EM TESTE  
VERDADE DOU FE TERESINA, 12/12/2019, às 5h 42  
SELO AAK91523 - BHOW CONSULTE EM [www.tjpi.jus.br/portal/retra](http://www.tjpi.jus.br/portal/retra)

ADRIANA CAROLINE SILVEIRA MAIA - ESCRIVENTE  
Emp. R\$ 3.85 TJ R\$ 0,77 MP R\$ 0,00 Sel. R\$ 0,26 Total: R\$ 4,86

CARTÓRIO 8º OFÍCIO DE NOTAS DE TERESINA  
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 ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

896822033-68 JANI 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:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ 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:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(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 (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



# 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: 896822033-68 3 - CPF da vítima: 4555 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: balconista 8 - Endereço: 4555 B. 07 AP 301 9 - Número: 4555 10 - Complemento: BARRIO  
11 - Bairro: JOURNAL POINT 12 - Cidade: TERESINA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64022-246  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 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:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: JTAU

AGÊNCIA: 0344   CONTA: 77449    
(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 nascit)? ☐ 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)

FPS.001 V002/2019





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: Erika 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	Meio(s) Empregado(s)
1095-AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRANSITO	Veículo

### ENVOLVIDO(S)

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

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade PI - Teresina Sexo: Feminino Data de Nascimento: 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: E3F9E-035684
Número do Chassi: 9C6KE1560C0015400	Ano/Modelo Fabricação: 2012/2012
Cor: VERMELHA	UF Veículo: PI
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: 28/06/2018	Situação do Veículo: NADA CONSTA
Nome Envolvido: Jane de Sousa Serra	Envolvimentos: Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Erika 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/09/2020 09:01:34

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091509013377200000011211649>

Número do documento: 20091509013377200000011211649

Num. 11844632 - Pág. 7



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 ENDE-REÇO 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

  
Almirante Ribeiro Lobre Carlos  
escritão  
Matricula 0007616  
Responsável pelo Atendimento

  
Jairo de Sousa Serra  
(Comunicante - Vítima)

\*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) usuário responsável pelas informações acima apresentadas e deixo aqui poder responder qual o encaminhamento das presentes declarações que de-  
signem, conforme previsto nos Artigos 339 Denúncia Calada e 343 Comunicação Falsa de Crime ou de Condição de Crime do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil Enika Moacir Melo de Aguiar  
Impresso por Almirante Ribeiro Lobre Carlos  
Data de Impressão 06/01/2020 15:56  
Protocolo nº Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

**Rio de Janeiro, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

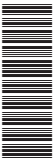
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00737/00738 - carta\_15R - INVALIDEZ

00040369





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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15382486



# 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: 47398  
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)****DADOS DO PACIENTE:**

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

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

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b>	<b>Classificação:</b>	<b>Cor:</b>
	TONOGRAMA REA' FADA DATA 18/09/19 GRAD 45 EXAME cotovelo TECNÓLOGO: [assinatura]	Indefinido
<b>Breve História Clas. Risco:</b>		

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

<b>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</b>	
Paciente com relato de acidente motociclistico com trauma em cotovelo direito com dor local e leve limitação de adm	
Rx e TC evidenciam fratura articular no	
cd. Sutura no 1º e 4º anéis	
<b>Diagnóstico Inicial:</b>	<b>CID:</b>
?	

<b>Exames Complementares:</b>
(1312514) - COTOVELO DIREITO

<b>Prescrição Médica:</b>

<b>Motivo da Alta/Encerramento:</b>	<b>DATA:</b> / / <b>HORA:</b> 18/09/2019 00:41:47
<b>Observação (Adulto)</b>	

<b>Assinatura Paciente ou Responsável</b>	<b>Assinatura Médica</b>
Silvia Valéria Serra	Dr. André Luiz de Albuquerque CRM-PI 6936 / CRM-MA 10311

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 Serrão N° Prontuário: 523180  
Procedimento realizado: \_\_\_\_\_ Código de compatibilidade: 0702031127  
Nome do Médico/CRM/CRO: Dr. Laio Data da utilização do material: 18/09/19  
Convênio: \_\_\_\_\_ Local: HUT

CÓDIGO OPME	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DO PRODUTO
		<div style="text-align: center;">  <p>FABRICANTE: INCOMEPE INDUSTRIA DE MATERIAIS CIRURGICOS LTDA C.N.P.J.: 57.212.878/0001-41 INDUSTRIA BRASILEIRA RUA UN N. 35 ESO, MARITIMIANO LEMOS LEITE N. 38 COND. TRADE HILL, BARRIO BARRIO BARROCO CEP: 86705-110 COTIA-SP SAC:(011)4615-4666 RESP. TEC.: LUCIANA BORRI CRF-SP: 51139</p> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>NOME TECNICO: COMPONENTE RADIAL P/ARTROPLASTIA DE COTOVELO</p> <p>NOME COMERCIAL: CABECA DE RADIO</p> <p>INCOMEPE</p> </div> <div style="text-align: right;">               Ø18X12           </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>MODELO: CABECA DE RADIO INCOMEPE</p> <p>Ø18X12MM</p> <p>CLASSE: III QTD.: 1 PC</p> <p>MATERIA PRIMA: AÇO ASTM F138</p> <p>REGISTRO ANVISA: 18395270082</p> <p>** PRODUTO ESTERIL DE USO UNICO **</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>11/01/19</p> <p>01/2019</p> <p>01/2024</p> </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>REF 1231812</p>  </div> <div> <p>LOT 053085</p>  </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> </div></div>

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Dr. Ciro Luiz de Oliveira Neto  
Médico Ortopedista  
CRM-PI: 3094

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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>247720</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: JANE DE SOUSA SERRA			6 - Prontuário: 523180				
7-CNS:	898003902618444	8-Nascimento:	29/07/1981	9-Sexo:	Feminino	CPF:	. . -
11-Mãe:	ANTONIA FERNANDES DE SOUSA SERRA			12-Fone:	86-99985-9025		
13-Resp:	SILVIA VALERIA			14-Fone:	86-99985-9025		
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

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

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

38-Profissional Responsável: <b>DR. CARLOS VAZ DE OLIVEIRA NETO</b>	40-Tp. Documento: CPF	 41-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: <b>18/09/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>776.327.023-34</b>	

**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 Luisa 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: <i>29/10/19</i>	52-CNS/CPF:
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho) <i>Assessor de Auditoria - FMS</i> CRM - PI: 1808 - CPF: 373.206.453-00 CNS 170600533260002





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
DE TERESINA - HUT

HOS,  
L DE URGÊNCIA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

JANE DE SOUSA SERRA

PRONTUÁRIO

523180

DATA NASC

29/07/1981

IDADE

38

CLÍNICA

Ortopé

[illegible]

235	28
-----	----

MÉDICO ASSISTENTE

DATA/HORA

CÓDIGO

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## HORÁRIOS

## OBSERVAÇÕES

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

19/09/19

1	Dieta oral livre
---	------------------

2)jelco salinizado

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

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

5 | Ranitidina 50mg\_01 amp + AD EV 8/8hs

6 | Ketiflin 1g 1amp + AD EV 6/6h

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

8 Cuidados gerais e sinais vitais

Quade et in a et paul, pro bono  
ex parte, Alcaha et alia

08/07/2016

11

ALST  
MARTIN  
SA  
TEBE

ME - H  
COM

380  
UT  
ORID

SIGNAL

Dr. Giordano Cosmoberger / Dr. Yuri Jairo Felix / Dr. Ricardo S. Valencia / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho

Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia

CRIMJALIS-TEOT10029 / CRMP12305

CRM5766-TEOT:11305

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/09/2020 09:01:34

<http://tpi.pje.jus.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091509013377200000011211649>

Número do documento: 20091509013377200000011211649

Num. 11844632 - Pág. 16



7 NO. DA AUTORIZAÇÃO DE TRABALHO NÚMERO 10000000000000000000

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>247720</b>

## 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			RG:	2038781 - SSP PI
13-Resp:	SILVIA VALERIA			12-Fone:	86-99985-9025
15-Ender:	CON D BEM VIVER, BL 07, AP 301 - LOURIVAL PARENTE - CEP: 64000-010			14-Cor:	Parda
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  
travessa no cotovelo (D)  
do e dor no local; impotência funcional

21 - Condições que justificam a internação: Tratamento Cirúrgico


22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):  
Rx + TC = fratura Cominutiva Coluna do rádio (D)

23 - Diagnóstico Inicial: Luxação da cabeça do rádio

24 - CID Prim: S530

25 - CID Sec.:  
26 - CID C.Ass.:

## PROCEDIMIENTO SOLICITADO

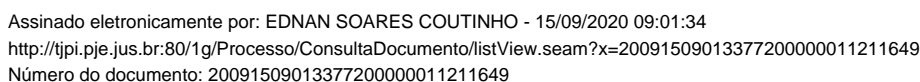
28-Cod.Proced.: 0408020059	27-Procedimento Solicitado: ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RÁDIO	Tempo SUS 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 776.327.023-34	 <b>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto</b> Médico Ortopedista CRM-PI: 3054
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 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	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-( ) Acidente Trabalho Trajeto	<p>Joana Luisa Mendes de Mesquita  Márcia: 43990  SAME - HUT</p> <p>CONFERE COM O ORIGINAL</p>		
45 - Vínculo com a Previdência:			
<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado			

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:		47-Data Autorização:
48-Documento:	49-Num. Documento:	50- Assinatura do Profissional Autorizador (Carimbo)
( ) CNS ( ) CPF		José de Ribamar Santos Assessor de Auditoria - DCA/4444 CRM: 11.198 CPF: 373.226.533-00 Conselho: 333260002
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		
Zyrus, Guadalupe 18/09/2019 11:31:20		



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA**

NOME: Joana de Sousa Sampaio 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>107 x 67</u>	<u>103/63</u>	<u>97/63</u>	<u>98 x 52</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>83</u>	<u>82</u>	<u>81</u>	<u>86</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<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 ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

**ESCALA DE DOR**

ADMISSÃO: 0 2 4 6 8 10

ALTA: 0 2 4 6 8 10

TOTAL: 09

ASS.: Marcelo

*Assinatura de Edson Sampaio*  
 Edson Sampaio  
 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 POB de alto risco para  
parto em parto vaginal. Submetida ao bloqueio. Consciente  
calma, suplex, respirando com 94% satO<sub>2</sub>. Fe com  
curativo limpo no

13:50 segue em sala de espera aguardando  
de SRPA

*Assinatura de Edson Sampaio*  
 Edson Sampaio  
 COREN - PI 14944  
 ENFERMEIRO

*Assinatura de Cristiane Tiburcio de Aguiar*  
 Cristiane Tiburcio de Aguiar  
 COREN - PI 14944  
 ENFERMEIRO

**RAIO-X REALIZADO**

DATA: 18/09/19 HORA: \_\_\_\_\_

TÉCNICO: \_\_\_\_\_

*Assinatura de Joana Luisa Mendes de Mesquita*  
 Joana Luisa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 97590  
 SAME - BUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

ALTA SRPA

HORÁRIO

*Assinatura de Joana Luisa Mendes de Mesquita*  
 Joana Luisa Mendes de Mesquita  
 CRM 492

ENCAMINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRÁFICOS [ ]

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 Colar do Húmero (D)

Operação - Tipo

Artroscopia e Colar do Húmero (D)

Cirurgião

Dr. Cris 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

Olim

Relatório Imediato do Patologista

Ø

Acidente Durante a Operação

Ø

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

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- Paciente sob anestesia - Anestesia geral
- Acesso Colar do Húmero (D)
- Artroscopia - Retirada de fragmentos
- Colar do Húmero + Fixação do Húmero
- Artroscopia Colar do Húmero (D)
- Retirada de fragmentos e Esclerização
- Sutura da pele - Limbo

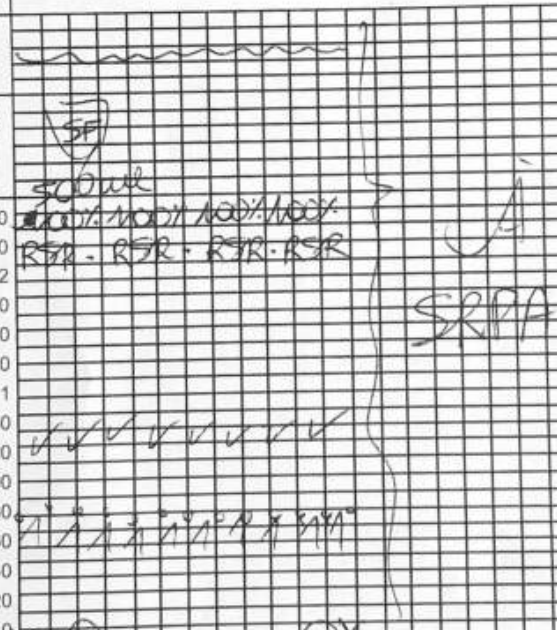

Dr. Cris Vaz de Oliveira Neto  
Médico Ortopedista  
CRM-PI: 3054

Mod. 76 HUT



# 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 CRICULATÓRIO				ASMA <u>Nega</u>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>Sem alterações</u>				BRONQUITE		
SISTEMA DIGESTIVO <u>feijum &gt; 8h</u>				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO <u>Fratura de Rádio ①</u>				FÍSICOS <u>ASA I</u>		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		
EFEITOS				TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO				<u>Propofol 2g</u> <u>Midazolam 5ug</u> <u>Fentanyl 50mg</u> <u>Dikometarone 10 ug</u> <u>Boudonitron 4ug</u> <u>Tendalcom 20 ug</u> <u>Dipirona 2g</u> <u>BPB</u> <u>Alidocaina 1,3</u> <u>Cl VC - 20 ml</u> <u>Ropinacaina</u> <u>DURAÇÃO 0,57 - 10 m</u>	
AVP LÍQUIDOS	SO-UTO 500					
	SANGUE 300					
	OUTROS 100					
TEMPERATURA T	38					
P. ARTERIAL V O PULSO	180					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	120					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	80					
RESPIRAÇÃO O	10					
SÍMBOLOS <u>10:50 11:05 + garrote 11:40</u>						
TÉCNICAS <u>Monitorização, ventilação circada,</u>				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES <u>Bloqueio de plexo braquial perivascular subclávio guiado por USG e</u>				<u>Estimulador de plexo com ① + ②.</u>		
CIRURGIÕES <u>caio</u>						
ANESTESISTAS						
 <u>Dra. Patricia Meneses</u> <u>Anestesiologista</u> <u>Matrícula: 41390</u> <u>SAME - HUT</u> <u>CONFERE COM O ORIGINAL</u>				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		
PARITICULARIDADES						

MOD 76 - HUT







HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - AUT  
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: Pronto: JANE DE SOUSA SERRA Dr. Naso: 23/07/1991 Clínica: POSTO 3 Enfermaria: Leito: Médico Assistente:

247700 523180 JANE DE SOUSA SERRA Dr. Naso: 23/07/1991 Clínica: POSTO 3 Enfermaria: SUPLENMENTAR Leito: EXTRA 04 JOSE FERREIRA NETO

Evolução: Hora: Descrição-Apresentação/Observação: Dose: Unid.: Via: Int.: Recons: Dil. Vol.: Horários: RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

Dieta: ORAL Tipo LIVRE, 1,00 Frasco EV 24/24h

1 GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO" 1,00 Ampola EV 6/6h AD

2 DIFIBONA SODICA 500MG/ML, INJ. 2ML. 1,00 Ampola EV 12/12h SF 0,9%

3 TRAVADOL 100MG/2ML INJETÁVEL 1,00 Ampola EV 8/8h

4 SE DOR REFATÁRIA SE NAUSEAS OU VÔMITOS 1,00 Ampola EV

Observações Gerais: SSVV + CC02

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

José Ferreira Neto  
CPM: 1558  
Pediatra

1804-01C





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA  
Rua Dr. Otto Tito 1620 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: Pronto Socorro Paciente: JANE DE SOUSA SERRA Dt. Nasc.: 29/07/1961 Clínica: POSTO 2 Enfermaria: Leito: Médico Assistente: JOSE FERREIRA NETO

Suplementar: EXTRA 04 Diagnóstico/Comorbidades: fratura da cabeça do radio

Evolution: Alergias: Relatário de Enfermagem:

Horas: 08:00

Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta									
ORAL TIPO LIVRE,									
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO"	1,00	Frasco	EV	24/24h				
MANEIR ACESSO									
2	DIFENONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		
3	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL SE DOR REFRATÁRIA	1,00	Ampola	EV	12/12h		SF 0,9%		
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h				

Observações Gerais: SSV + CCGS

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

José Ferreira Neto  
CRM: 1553  
Pediatria





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: Frontal: Paciente: JANE DE SOUSA SERRA

Dr. Naso: 29/07/1981 CLÍNICA: POSTO 2

Enfermaria: Lento: Médico Assistente: RICHARDO SOARES VALENÇA

247700 523180 JANE DE SOUSA SERRA

SUPLEMENTAR EXTRA 04 RICHARDO SOARES VALENÇA

Evolução:

Diagnóstico/Comorbidades:  
Fratura da cabeça do rádio

Horas:

radio superior / cotovelo D

Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE,								
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLUCOSADO" MANEIR ACESSO	1,00	Frasco	EV	24/24h			06:00 Aplicado PA. Medica	
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h	AD		06:00 Aplicado PA. Medica	
3	TENOXCAM 20MG/ML, PÓ E/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h	AD		06:00 Aplicado PA. Medica	
4	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL SE DOR REFRAATÁRIA	1,00	Ampola	EV	12/12h	SF 0,9%		06:00 Aplicado PA. Medica	
5	HEPARINA 5MG/ML, INJ. 2ML. SE TROMBOSES OU VOZINHOS	1,00	Ampola	EV	8/8h			06:00 Aplicado PA. Medica	
6	CAPTOPRIL 25MG SE PAS-160 OU PAS > 110 MMHG	1,00	Comprim	Oral	SN			06:00 Aplicado PA. Medica	

Observações Gerais:

SVV + CCG

Dr. André Luis

Handwritten signature

OK

CRM-PI 6938 / CRM-MA 10311

Joana Luiza 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: 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

Josina 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:

Cod. SIA: 0206020015

Data Exame: 18/09/2019

### 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 COMO ORIGINAL





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 96 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 - P07 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  
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: 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 - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 139

Cod. SIA: 0204030170

### RELATÓRIO:

### TORAX PA

Data Exame: 29/03/2018

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 COMO 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

W: 1023 L: 511



FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA

10/10/2019  
12:59:01

53.85%



## 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

**Data do acidente:** 18/09/2019

**CPF:** 896.822.033-68

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JANE DE SOUSA SERRA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### 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](http://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.

