

Screenshot of a web browser showing a digital document viewer interface for a legal proceeding.

The main title bar reads "PJe ProceComCiv 0807438-39.2020.8.18.0140".

The page header includes "JANE DE SOUSA SERRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO ...".

The document title is "11844629 - CONTESTAÇÃO (2750105 CONTESTACAO 01)".

It was filed by EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO on 15/09/2020 at 09:01:35.

The left sidebar shows a tree view of documents:

- 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)

The main content area displays the document "downloadBinario.seam" (page 1 of 12). It features the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text:

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

Processo: 08074383920208180140

A small note at the bottom right says: "SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DDMAT - em caso de invalidez parcial do

The status bar at the bottom right shows "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="#"><u>PROC ADM</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/09/2020 09:01:34  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009150901337720000011211649>  
Número do documento: 2009150901337720000011211649

Num. 11844632 - Pág. 1



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. 2

ÁGUAS DE  
TERESINA

CNPJ 27.357.974/0000-28 - I.E. 1299965974  
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, B-Setor os 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		LOCALIZAÇÃO 014-00034-000525		CEP/014	NÚMERO DO HEDÔMETRO A12L105159
HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS / ANO TIPO UDO FATURADO		ECONOMIAS / CATEGORIA / TIPO TARIFA 1 Residencial - Normal			
11-2019 L-1400 03 10 10-2019 L-1400 02 10 09-2019 L-1400 02 10 08-2019 L-1400 02 10 07-2019 L-1400 02 10 06-2019 L-1400 02 10					
DATA LEITURA ANTERIOR 21/11/2019 391 ATUAL 19/12/2019 395		CONSUMO MÊS M/3 10		REF. 10127410079 PIS-PASEP R. 0041,65% + 8,99 COFINS R. 0227,60% + 4,22	
TABELA DE TARIFAS RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA			
0 10 3,06/100 10 25 5,71/24 25 99999 9,85/10		REF. VALOR VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66 10,0 m3 30,66 > Residencial-Normal 10,0 m3 30,66 VALOR DE ESGOTO - 24,53 10,0 m3 24,53 > Residencial-Normal 10,0 m3 24,53 JUROS POR ATRASO 001/001 0,29 MULTA POR ATRASO 001/001 1,14			
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)					
		VENCIMENTO 03/01/2020	TOTAL A PAGAR 56,92		
IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES					
MENSAGEM 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 dessa fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, Inciso V e nº. 2.987/75, Art. 6º, §2º, 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
ESCHERICHIA COLI	1372	1372	0	Ausencia	Ausente
	1372	1372	0	Ausencia	Ausente
DATA DA EMISSÃO: 19/12/2019		HORA DA EMISSÃO: 11:51			

1.42-348 20191213115431

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



## 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

SC (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 77

Eu, Antônio oliveira da Silva

RG nº 150.512, 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

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

R. 90 casa 06 turco 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

José de Souza Silva, cujo o condutor era  
Antônio

Veículo: MOTORICELA Modelo: YAMAHA/TJ15CRYPTON Ano: 2012

Placa: DVB-1998 Chassi: 9C6KE1560C0015480

Data do Acidente: 19/12/2019

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 5º Ofício de Notas de Teresina

ANNA BARBARA ALÉNCAR DE SÁ E PRETAS SILVEIRA - TASLIA INTERINA

CNPJ: 22.282.747/01-78 - CNH: 7988

AVENIDA JOAQUIM NELESIN, QUADRA 33, ITAPARE, N° 117 TERESINA - PIAUÍ TEL: (86) 3889-5425

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA  
DOCUMENTO DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO EM TESTIMÔNIO  
VERDADE DOU FE. TERESINA, 19/12/2019, R/ 55 42  
CELO AAK91523 - BHOW CONSULTE EM [www.tpi.jus.br/portal/rete](http://www.tpi.jus.br/portal/rete)

ADRIANA CAROLINE SILVEIRA MACHADO - ESCRIVENTE  
Emu: R\$ 3,85 TJ: R\$ 0,77 MP: R\$ 0,07 GBR: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,89





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: **8968922033-68** 3 - CPF da vítima: **8968922033-68** 4 - Nome completo da vítima: **Jane de Souza Senna**

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

5 - Nome completo:	<b>Jane de Souza Senna</b>	6 - CPF:	<b>8968922033-68</b>
7 - Profissão:	<b>Desenvolvedora de software</b>	8 - Endereço:	<b>R. Alfredo 4555 Bl. 07 AP 301</b>
11 - Bairro:	<b>Moura Paulista</b>	9 - Número:	<b>4555</b>
12 - Cidade:	<b>TERESINA</b>	13 - Estado:	<b>PI</b>
14 - CEP:	<b>64022-246</b>		
15 - E-mail:	<b>(86) 99859025</b>		
16 - Tel. (DDD):	<b>99859025</b>		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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: **J TAU**

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0344** CONTA: **7744912**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo à 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (val/nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
	40 - Local e Data, <b>Teresina 19/10/2014</b>	Assinatura da testemunha
	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <b>Jane de Souza Senna</b>	43 - Assinatura do Procurador (se houver) <b>Luis B. Oliveira</b>

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

INVALIDEZ  
PERMANENTE

MORTE

NÃO APLICA/FAZER FALTA

TESTEMUNHAS





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro no ASL:

3 - CPF da vítima:

896.893.033-68

4 - Nome completo da vítima:

Jane de Souza Senna

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 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 (DDO):	(85) 99859025

Jane de Souza Senna  
Jornalista R. Jerecere 4553 Bl. 01 AP 301 96551-000  
Journal point Teresina PI 64022-046

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0344

CONTA: 77449 02

(Informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias 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 Lider 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vôncor)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Não	

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

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)

40 - Local e Data,

Teresina 19/02/2019  
Jane de Souza Senna

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
PÓLICIA 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)  
Logradouro: RUA 15 DE NOVEMBRO

Bairro: Lourival Parente

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095- AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	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: QUB1298
Renavam: 00503663654	Número do Motor: EDF9E-035684
Número do Chassi: 9C6KE1560CU015480	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: Erika Mourão Melo de Aguiar  
Impresso por: Almiralce 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://tjpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009150901337720000011211649>  
Número do documento: 2009150901337720000011211649

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

RELATÓRIO DA VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO EM ENDEREÇO CITADO, QUANDO UM CACHORRO PASSOU NA FRENTESUA 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

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos  
especialista  
Matrícula 0097616  
Responsável pelo Atendimento

Jane de Sousa Serra  
(Comunicante) Whmz

"Declaro para os devidos fins de que sou (nunca ouvi) encarregado responsável pelas informações acima apresentadas e deixo que possa responder civil e criminalmente pelas presentes declarações que devo fazer, conforme previsto nos Artigos 120 Da Declaração Caluniosa e 347 Da Declaração Falsa de Crime Isso de Conforme com o Código Penal Brasileiro."





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 Per

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15382486



2009 01073/01074 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/09/2020 09:01:34  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009150901337720000011211649>  
Número do documento: 2009150901337720000011211649

Num. 11844632 Pág. 10

# ITAU - 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/09/2020 09:01:34  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009150901337720000011211649>  
Número do documento: 2009150901337720000011211649

Num. 11844632 - Pág. 11



NOME DO PACIENTE: JANE DE SOUSA SERRA  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 523180

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47300  
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 COPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/09/2020 09:01:34  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009150901337720000011211649>  
Número do documento: 2009150901337720000011211649

Num. 11844632 - Pág. 12



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Imp: 18/09/2019 00:41:48  
(User: RICARDO VALENÇA)  
(Estação: GESS002)

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## 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: 38alm20d	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: SUS	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:
	TOMOGRAFIA REALIZADA DATA 18/09/19 EXAME cotope TECNÓLOGO:	Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV: (Hora: ____ : ____)	
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: bmp 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 + TC evidenciam fratura aberta n/dro col. Subluxação p/ fto cimigo	
Diagnóstico Inicial:	Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula: 07390 SAME-HUT CONFERE COM O ORIGINAL CID: DATA TEC:
Exames Complementares: (1312514) - COTOVELO DIREITO	
Prescrição Médica:	Dr. Andre Lopes de Oliveira
Motivo da Alta/Encerramento:	
Observação (Adulto)	DATA: / / HORA: CRM-PI 6938 CRM-MA 1031

Assinatura Paciente ou Responsável

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



**MedicalLife**  
Saúde para toda vida

86 3305 6005  
comercial@medicallifehospitalar.com  
www.medicallifehospitalar.com  
Av. Odilon Araújo, 475 - Piçarra,  
CEP: 64.017-280, Teresina- PI  
1.780/0001-00 | Insc. Est.: 19.493.633-3

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

Nome do paciente: Tane de Sássar Sernaz N° Prontuário: 523180

Procedimento realizado: Código de compatibilidade: 0702031127

Nome do Médico/CRM/CRO: Dr. Lais Data da utilização do material: 18/09/19

Convênio: \_\_\_\_\_ Local: HUT

CÓDIGO OPME	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DO PRODUTO
		<p><b>FABRICANTE:</b> INCOMEPE INDUSTRIA DE MATERIAIS CIRURGICOS LTDA C.N.P.J.: 57.212.878/0001-41 INDUSTRIA BRASILEIRA RUA UM N.25 ESQ. MARTIMIANO LEMOS LEITE N.38 COMD. TRADE HILL BAIRRO BARRO BRANCO CEP: 86705-118 COTIA-SP SAC: (811)4615-4666 RESP. TEC.: LUCIANA BONINI CRF-SP: 51139</p> <p><b>NOME TÉCNICO:</b> COMPONENTE RADIAL P/ARTROPLASTIA DE COTOVelo <b>NOME COMERCIAL:</b> CABECA DE RADIO <b>INCOMEPE</b></p> <p><b>MODELO:</b> CABECA DE RADIO INCOMEPE <b>Ø18X12MM</b> <b>CLASSE:</b> III      <b>QTD.:</b> 1    <b>PC</b> <b>MATERIA PRIMA:</b> ACO ASTM F138 <b>REGISTRO ANVISA:</b> 10395270082 <b>** PRODUTO ESTERIL DE USO UNICO **</b></p> <p><b>STERILE R</b> Raios Gama</p> <p><b>REF:</b> 1231812      <b>LOT:</b> 053685</p> <p><b>ARMazenamento / Conservação / Modo de Utilização / Advertências / Precauções:</b> VIDE INSTRUÇÕES DE USO</p> <p><b>11/01/19</b> <b>01/2019</b> <b>01/2024</b></p> <p><i>José Luis Mendes de Mesquita Matrícula: A7490 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL</i></p>

**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO**

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

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

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408020059</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RÁDIO</b>	
31-Cod.Procedimento Especial <b>0702031127</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PROTESE DE CABEÇA DE RÁDIO</b>	Quant. Solicidada: <b>1</b>
Fornecedor da OPM: <b>MEDICAL LIFE</b>		
38-Profissional Responsável: <b>JAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO</b>	40-Tp. Documento: CPF	 <b>Dr. Carimbo de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI 3054</b>
39-Data Solicitação: <b>18/09/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>776.327.023-34</b>	
41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)		

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Artroplastia da Cabeça do  
Rádio* 

**AUTORIZAÇÃO**

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

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>29/10/19</b>	52-CNS/CPF: <b>Jose de Alencar Santos Filho Assessor de Auditoria - UGCA/FMS CRM-PI: 1808 - CPF: 352.406.455-00 CNS 170600533260007</b>
--	---	--





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
DE TERESINA - HUT

HOLÍDEA DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Núm. 11844632 - Pág. 16



## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Jane de Souza Serrão IDADE \_\_\_\_\_ anos DATA 17/09/2019  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA  GERAL  RAQUE  BLOQUEIO  PERIDURAL  SEDAÇÃO  
 CIRURGIA REALIZADA c/col/ cotovelo CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

SINAIS VITais	HORÁRIO			
	ADMISSÃO	12:10	12:30	SAÍDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>107x67</u>	<u>103/63</u>	<u>97/63</u>	<u>98x50</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>83</u>	<u>82</u>	<u>71</u>	<u>86</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>97</u>	<u>95%</u>	<u>94%</u>	<u>94</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)				
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)				
NOME/ MATRÍCULA	<u>Itarco</u>	<u>matr. 100</u>		<u>Itarco</u>

## ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	ADMISSÃO	2	2	2	2
	Movimenta dois membros	1	1	1	1	1	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0	0	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2	2	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1	1	1
	Tem apnéia	0	0	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2	2	2
	Desperta, se solicitado	1	1	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0	0	0
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2	2	2
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1	1	1
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	0	0	0	0	0
F. ALA DOR ADMISSÃO							
ESCALA DE DOR ALTA							
TOTAL	09						09
ASS.	<i>marcelo</i>						

SONDA VESICAL	DRENO DE SUCÇÃO	DRENO TORACICO	DVE	COLOSTOMIA	SONDA NASOG. NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

13:45 admitida no SRPA em PUF de braço direito para realização de ceto reto. Submetida em leito queiro. Conscientes, eupneico, respirando com 97%. Sat. 100%. Tensões normais. m.e.

13:50- Segue instável, s/ queixas. Imitando da SRPA.

*M. Apresentado Cristiane fibroscopia dia 19/09/2019*  
Cristiane fibroscopia dia 19/09/2019  
COREN - PI 14514  
ENFERMEIRA

PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA
	HORÁRIO
ENCAMINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRÁFICOS [ ]	
1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. U11: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] 4 [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] URT [ ] NEU [ ] CIR [ ] MÉD	



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Tave de ferreira

Diagnóstico pré-operatório

fratura Coluna Vértebra Poco D

Operação - Tipo

Artroscopia L2 Coluna Vértebra Poco D

Cirurgião

Dr. Ciro Vaz de Oliveira Neto  
Médico Ortopedista

1º Assistente

2º Assistente

CRM-PI: 3054

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Médico(a)

Data da Operação

18/09/19

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O mico

Relatório Imediato do Patologista

P

Acidente Durante a Operação

S

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

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

- Pavimento Hiboniano - Anexar o Autógeno  
- Acesso Colateral Coluna Vértebra Poco D  
- Flexionio - Retirada da fratura  
- Ocos Coluna Vértebra Poco + Cura do foco  
- Artroscopia Coluna Vértebra Poco D  
- Recurso Curação e Estabilização  
- Sutura no plano - curado

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

Mod. 76 HUT

## FOLHA DE ANESTESIA

### UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Jone de Souza Serra</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. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA <i>Mega alergias</i>						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO						
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>Sem alterações</i>						
ASMA <i>Mega</i> BRONQUITE						
SISTEMA DIGESTIVO <i>fijum &gt; sh</i>						
ESTADO MENTAL						
CORTICOIDES ATARAXICOS OUTROS						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO Fratura de Rádio ① FÍSICOS ASA I						
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) APlicado AS EFEITOS						
TOTAL DE DOSES						
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3	<i>Gefazolino 2g</i> <i>@ Midazolam 5ug</i> <i>@ Fentanil 50ug</i> <i>④ Diclometorina 10ug</i> <i>Baudotrolar 4ug</i> <i>⑥ Teudalcom 20ug</i>				
ANP LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	<i>Scopol</i>				
TEMPERATURA T	38	<i>Salto 260 ECG 240 RPP - RSP - RTR - RSR</i>				
P. ARTERIAL V O PULSO	200	<i>SRPA</i>				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	180	<i>SEQUÊNCIA</i>				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	160	<i>⑦ Dipirona 20g</i>				
RESPIRAÇÃO O	140	<i>2 3 4 5 6 7 8 9 BPB</i>				
SÍMBOLOS	10:50 11:05 → garrote	<i>10 ⑪ lidocaína 1,3</i>				
TÉCNICAS	Monitorização, remocão chrcade,	<i>12 ⑫ C / VC - 20 ml</i>				
OPERADORES	Blóqueio de plexo braquial perivascular subclávio guiado por USG.	<i>13 ⑬ Ropivacaína 100</i>				
CIRURGIOS	Colocação de Protese de Cabeça de Rádio ①	<i>14 ⑭ Ropivacaína 100</i>				
ANESTESISTAS	<i>Caio</i>	<i>15 ⑮ Ropivacaína 100</i>				
PARITICULARIDADES	<i>DURAÇÃO 01:57. - 10 m</i>					
INCIDENTE - ACIDENTE						
<i>Monitorização, remocão chrcade, Blóqueio de plexo braquial perivascular subclávio guiado por USG. Testimulador de plexos com A + B.</i>						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						

MOD 76 - HUT





**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:	Pontuação:	Paciente:	Dt.Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
24/09/00	523160	JANE DE SOUSA SERRA	29/07/1991	PÓSTO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 04	JOSE FERREIRA NETO

Evolução:

*estrep vnd*

Alergias:

Diagnóstico/Comorbidades:

Estrutura da cabeça do rádio

Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	OBAL tipo LIVRE,								
1	Glicose 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO" MANTER ACESSO	1,00	Frasco	EV	24/24h				
2	DITRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML,	1,00	Ampola	EV	5/6h	AD			
3	TRAMADOL 100MG/2ML INJETAVEL SE DOR REFRATÁRIA	1,00	Ampola	EV	12/12h		SF 0,9%		
4	BRONOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. SE NÁUSEAS OU VOMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h				

Observações Gerais:

SSVV + CGCG

CONFERE COM O PRINCIPAL  
SAMM - HUT  
Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Maternidade AT390

*José Ferreira Neto  
1558  
CPM: 1558  
C.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 N°.: 65280 - Em: (18/09/2019)

Atendimento:	Pronotação:	Paciente:	Dt.Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Reito:	Médico Assistente:
247700	52180	JANE DE SOUSA SERRA	29/07/1981	POSTO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 04	JOSE FERREIRA NETO

Evolução:

Hora:

Alergias:

Diagnóstico/Comorbidades:

Eatura da cabeça do rato.

Observações Gerais:

SSV + CGG

seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dietra	ORAL tipo LIVRE,								
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO" MANTER ACESSO	1,00	Frasco	EV	24/24h				
2	DIFERONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML	1,00	Ampola	EV	5/6h		AD		
3	TRANSMAL 100MG/2ML INJETÁVEL SE DOR REFRIGÉRIA	1,00	Ampola	EV	12/12h		SP 0,9%		
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	B/Bh				

Assinado Lidaa Medidas de Mesquita  
Nome: Lidaa Medidas de Mesquita  
Matrícula: 47390  
CONFIRA COM O ORIGINAL

Assinado José Ferreira Neto  
Nome: José Ferreira Neto  
CRM: 1558  
Pediatria





**HOSPITAL DE URGENCIA 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:	Paciente:	Dt. Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
247100	JANE DE SOUSA SERRA	29/07/1981	POSTO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA D4	RICARDO SOARES VALENCIA

**Evolução:**  
 Hora:

*reduzido de humor / estresse (D)*

**Alergias:**  
 Diagnóstico/Comorbidades:  
 fratura da cabeça do rádio

Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
	ORAL TIPO LIVRE.								
Dieta									
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO" MANTEVER ACESSO	1,00	Frasco	EV	24/24h			<i>06:00 Agendado PA. NOITE</i>	
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h	AD		<i>06:00. Manu/Arte</i>	
3	TENOXOLCAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h	AD		<i>06:00 Puncionado AVD</i>	
4	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL SEM DOR REFRATÁRIA	1,00	Ampola	EV	12/12h	SP 0,9%		<i>com gelo so em m.s.e.</i>	
5	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. (SE HABERAS OR VÔMITOS)	1,00	Ampola	EV	8/8h			<i>manu/Arte</i>	
6	LAPTOBIL 25MG PAST-160 OU PAD > 110 MMHG	1,00	Comprim	Oral	(SN)				

Observações Gerais:

SSVV + CGGG

José Luís Martins de Mesquita  
Martins 47390-000  
CONFIRME COM O ORIGINAL

*Dr. Anderson Lopes  
Medicina Interna  
CRM-PI 05.324  
CRF-PI 10211*



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 integros.
- 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: 47380  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/09/2020 09:01:34  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009150901337720000011211649>  
Número do documento: 2009150901337720000011211649

Num. 11844632 - Pág. 24



## 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: SUS

CENTRO CIRÚRGICO

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).

TERESINA - PI 18/09/2019

(JORGE AUGUSTO)

**RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS**

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Professional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 67390  
SAME - HOT  
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/09/2020 09:01:34  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009150901337720000011211649>  
Número do documento: 2009150901337720000011211649

Num. 11844632 - Pág. 25

**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

Requisição: 825247 Solicitação: 28/03/2018 Solicitante: MILENA CANTUARIO 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 COSTOFRÉNICOS 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 ORIGINAIS





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: SUS 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

José Luis Mendes Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CORRER COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/09/2020 09:01:34  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009150901337720000011211649>  
Número do documento: 2009150901337720000011211649

Num. 11844632 - Pág. 27



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: SUS 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 COSTOFRÉNICOS 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/09/2020 09:01:34  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009150901337720000011211649>  
Número do documento: 2009150901337720000011211649

Num. 11844632 - Pág. 28



**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

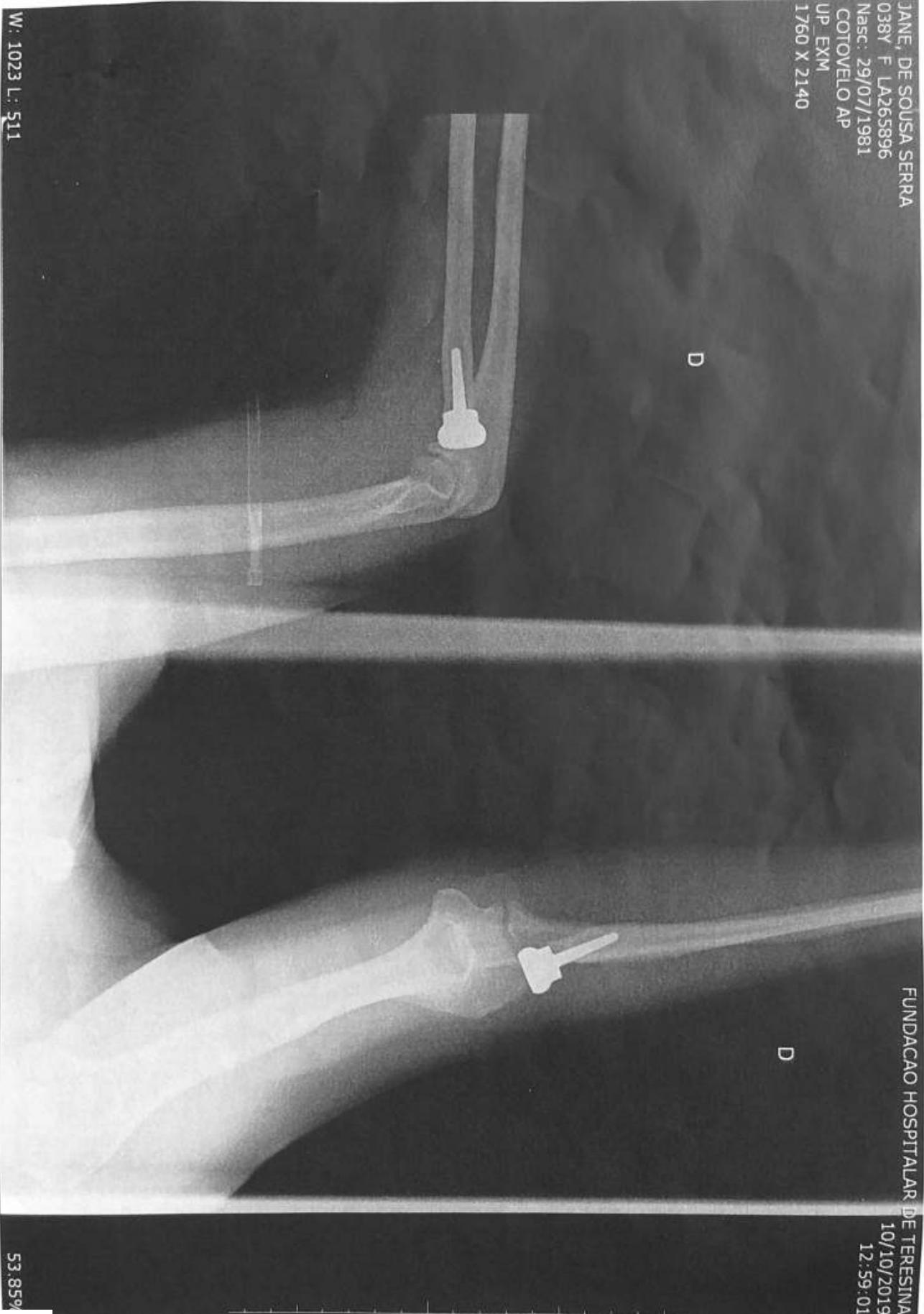
1760 X 2140

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA

10/10/2019  
12:59:01

D

D



53.85%



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. 30

## 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
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>



## 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
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022165/20

**Vítima:** JANE DE SOUSA SERRA

**CPF:** 896.822.033-68

**CPF de:** Próprio

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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-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.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/09/2020 09:01:34  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009150901337720000011211649>  
Número do documento: 2009150901337720000011211649

Num. 11844632 - Pág. 33