

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180296456

**Vitima:** TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

**Data do Acidente:** 09/07/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180296456**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

**Sinistro:** 3180296456

**Vítima:** TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

**Data do Acidente:** 09/07/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180296456** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Carta n°: 13148577

A/C: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180296456  
**Vitima:** TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA  
**Data do Acidente:** 09/07/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA**

**Valor: R\$ 4.725,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000001989**

**Conta: 000000091796-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

|                         |     |                 |
|-------------------------|-----|-----------------|
| <b>Multa:</b>           | R\$ | <b>0,00</b>     |
| <b>Juros:</b>           | R\$ | <b>0,00</b>     |
| <b>Total creditado:</b> | R\$ | <b>4.725,00</b> |

**Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%**

**Graduação: Em grau médio 50%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%**

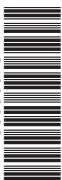
**Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180296456

**Vitima:** TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

**Data do Acidente:** 09/07/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180296456**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA**

**Nº Sinistro:** **3180296456**

**Vitima:** **TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA**

**Data do Acidente:** **09/07/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180296456**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

034.352.499-74

Nome completo da vítima

Teresinha de jesus soares da silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                    |                               |                      |           |
|------------------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------|
| Nome completo                      |                               | CPF titular da conta | Profissão |
| Teresinha de jesus soares da silva |                               | 034.352.499-74       | recreio   |
| Endereço                           | Número                        | Complemento          |           |
| Nameda Domingos falso matrense     | 6267 "B"                      |                      |           |
| Bairro                             | Cidade                        | Estado               | CEP       |
| matrense                           | Teresina                      | Piauí                | 64004-770 |
| Email                              | Telefone (DDD) (86) 9457-4820 |                      |           |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR    | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00               | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |

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

 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (347)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

DV

CONTA

DV

 5989   
 (Informar dígito se existir)

 01300000003796-9  
 (Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nro.

Nro.

AGENCIA

DV

CONTA

DV

Nro.

DV

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3180296456  
Nome do(a) Examinado(a): Teresinha de Jesus Soares da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Alameda Domingos Afonso Mafrense, 6267  
Mafrense Teresina PI CEP: 64004-770  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PI ] 2726654  
Data local do acidente: [ 09/07/2017 ]  
Data local do exame: [ 17/07/2018 ] Teresina [ PI ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DA TIBIA PROXIMAL DIREITA**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: OSTEOSINTSE COM IMOBILIZADOR EXTERNO**

**Complicações: LIMITACAO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO E TORNOZELO DIREITO(MEMBRO INFERIOR DIREITO)**

**Data da Alta: 09/09/2017**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**PACIENTE EVOLUI COM DOR EM JOELHO DIREITO AO DEAMBULAR, COM CREPITAÇÃO AOS MOVIMENTOS, COM INSTABILIDADE, DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO, LIMITACAO FUNCIONAL DO TORNZELO DIREITO, APRESENTANDO EDEMA LOCAL, NAO CONSEGUE DEAMBULAR SEM MULETAS OU CADEIRA DE RODAS, APRESENTANDO LIMITACAO DA FEXO EXTENSÃO EM 20 GRAU DO JOELHO DIREITO**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

**(X) Sim**  **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

**(X) Sim**  **Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**LIMITACAO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM DOR EM JOELHO DIREITO AO DEAMBULAR, COM CREPITAÇÃO AOS MOVIMENTOS, COM INSTABILIDADE, DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO, LIMITACAO FUNCIONAL DO TORNZELO DIREITO, APRESENTANDO EDEMA LOCAL, NAO CONSEGUE DEAMBULAR SEM MULETAS OU CADEIRA DE RODAS, APRESENTANDO LIMITACAO DA FEXO EXTENSÃO EM 20 GRAU DO JOELHO DIREITO.**

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Direito**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

**(X) 50% médio**  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

*Frederico Fonseca de Oliveira*  
Dr. Frederico Fonseca de Oliveira  
Saludaseg  
CPF - 047.547.326-42  
CRM/PI - 5058



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001906/2018-47

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

Data/Hora: 12/06/2018 - 11:26

DADOS DA OCORRÊNCIA

|   |                     |
|---|---------------------|
| Unidade Policial Responsável                  | Data/Hora           |
| DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO | 09/07/2017 - 02:00  |
| Tipo Local                                    |                     |
| VIA PÚBLICA                                   |                     |
| Município                                     | Bairro              |
| TERESINA                                      | MAFRENSE            |
| Endereço                                      |                     |
| RUA TEODORO C. BRANCO, Nº:                    |                     |
| Complemento                                   | Ponto de Referência |

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| Nome: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA  | Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante |
| RG: 2720054 SSP PI                        |                                 |
| Mãe: MARIA DE FATIMA SOARES DA SILVA      |                                 |
| Endereço: RUA DES. FLAVIO FURTADO, Nº 870 |                                 |
| Bairro: POTI VELHO                        |                                 |
| Cidade: TERESINA                          |                                 |

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A PISTA. QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA. FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA O HUT. (PRONT. 69390). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.

*Clássico*  
Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166

AGENTE DE POLÍCIA

*Teresinha de Jesus Soares da Silva*  
TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

28 JUN 2018

*DRVAT*

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

|   |               |                  |
|---|---------------|------------------|
| Nome Completo da Vítima                   | CPF da Vítima | Data do Acidente |
| <i>Teresinha de jesus Soares da silva</i> | 034352493.74  | 09.07.17         |

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Nome completo do Representante Legal      | CPF do Representante legal |
| <i>Teresinha de jesus Soares da silva</i> |                            |
| Email                                     | Telefone (DDD)             |
|   | <i>(61) 9457-4824</i>      |

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

*Teresina* , 13 de junho de 2018  
Local e Data

28 JUN 2018

**DPVAT**

*Teresinha de jesus Soares da silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

|                              |   |  |   |   |  |
|------------------------------|---|--|---|---|--|
| Dados do Chamado             | 01 Nº. do chamado<br><b>1332</b>  | 02 Data do chamado<br><b>08/07/11</b>  | 03 PRO (codigo)<br><b>00000000000000000000000000000000</b>  | 04 Saída do PA  | 05 Chegada ao local<br><b>06439</b>  |
| Local da Ocorrência          | 06 Saída do local<br><b>0531</b>  | 07 Chegada ao 1º hospital<br><b>0506</b>   | 08 Saída do 1º hospital   | 09 Chegada ao 2º hospital   |  |
| Dados do Paciente            | 10 Endereço<br><b>2 Edifício c. Branco 101</b>  | 11 Bairro<br><b>Meireles</b>   | 12 Município-UF<br><b>Fortaleza</b>   | Código IBGE   |  |
|                              | 13 Ponto de referência<br><b>Horizonte</b>  |  |   | 14 Nome<br><b>Teresinha de Jesus Soares</b>   | 15 Sexo<br>1 - Masculino<br>2 - Feminino<br>3 - Ignorado                             |
|                              | 16 Idade<br><b>36</b>   | 1 - Dia<br>2 - Mês<br>3 - Ano<br>4 - Ignorado  | Se idade ignorada, preencha com 999   | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica<br>P.J CORRETOR DE SEGUROS  | 1 - Sim<br>2 - Não<br>3 - Ignorado   |
| Tipo de Ocorrência           | 18 Tipo de ocorrência<br>01 - Acidente de transporte<br>02 - Agressão física-espancamento<br>03 - Agressão física-FAF<br>04 - Agressão física-FAB<br>05 - Urgência psiquiátrica | 06 - Tentativa de suicídio<br>07 - Envenenamento<br>08 - Afogamento<br>09 - Queimadura<br>10 - Choque elétrico | 11 - Queda<br>12 - Urgência clínica<br>13 - Urgência obstétrica<br>14 - Transferência<br>15 - Exames complementares           | 18 - Outros<br>17 - Já removido<br>18 - Falso chamado   | 28 JUN 2011  |
| Acidente de Transporte       | 19 Vítima<br>1 - Pedestre<br>2 - Condutor<br>3 - Passageiro<br>9 - Ignorado   | 20 Meio de locomoção<br>1 - A pé<br>2 - Automóvel<br>3 - Motocicleta<br>4 - Bicicleta                          | 21 Outra parte envolvida<br>1 - Automóvel<br>2 - Motocicleta<br>3 - Ônibus/Micro-ônibus<br>4 - Bicicleta                      | 22 Equipamentos de segurança<br>Capacete<br>Cinto de segurança<br>Assento para criança                              |  |
| Exame Físico                 | 23 Glasgow = <b>11</b>  | RESPOSTA VERBAL<br>Q - Espontânea<br>3 - À voz<br>2 - À dor<br>1 - Nenhuma                                     | RESPOSTA MOTORA<br>5 - Orientada<br>4 - Confusa<br>3 - Palavras inapropriadas<br>2 - Palavras incompreensíveis<br>1 - Nenhuma | 24 Sinais Vitais<br>Pulso <b>122</b><br>Respi <b>16/16</b><br>PA <b>120/80</b><br>TAX. <b>28</b><br>SatO2 <b>98</b> | 25 Local da lesão<br>  |
|                              | 26 Pupilas<br>1 - Iguais<br>2 - Desiguais   | 27 P脉so Radial<br>0 - Cheio<br>1 - Fino<br>2 - Ausente   | 28 Sangramento<br>0 - Sim<br>1 - Não  | 29 Dor<br>0 - Sem Dor<br>1 - Leve<br>2 - Moderada<br>3 - Intensa  | 30 ESCALA DE DOR DE 0 A 10<br>0 - Sem Dor<br>1 - Leve<br>2 - Moderada<br>3 - Intensa |
| Assistência                  | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)<br>Aspiração<br>Oxigênio<br>Curativos   | Prancha longa/curta<br>Colar cervical<br>KED   | Imobilização de extremidades<br>Reanimação cardiopulmonar<br>Assistência obstétrica   | Glicemia<br>Acesso Venoso<br>Medicamentos a)<br>b)<br>c)  | Não Removido   |
| Hospital de Destino          | 32 Hospital de Destino<br><b>HUT</b>  | 33 Condições de entrada<br>1 - Melhorado<br>2 - Piorado<br>3 - Alterado  | 34 Óbito<br>1 - Sim<br>2 - Não<br>Antes do socorro<br>Antes do transporte<br>Durante o transporte                             |   |  |
| Observações Interdisciplinar | <i>apresenta estrições, lesão em abdômen</i><br><i>referência em m/</i>   |  |   |   |  |
|                              | Responsável pela recepção<br><b>Adriana</b>   | Sacaristas<br>Médico<br>AE/TE<br><b>Barbara</b>  | Enfermeiro<br>Condutor<br><b>Guilherme</b>  |   |  |

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 00000091796-9

---

Nr. da Autenticação 9EF81F55AEBD6932

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

Nº da Nota Fiscal 000719376

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

| CONTA MÊS     | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------------|------------|---------------|---------------------|
| DEZEMBRO/2017 | 26/12/2017 | 283           | 263,23              |

MARIA DO ESPIRITO SANTO MEDEIROS E SILVA SOUSA  
R. JEAN LE LONNES 1185 MAFRENSE  
CPF: 00035164093391

CEP: 00.000-064 - TERESINA

ROT: 12.001.35.53.143420

| DADOS DA LEITURA            |       | DADOS DA LEITURA |            |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|
| Atual:                      | 2889  | Atual:           | 18/12/2017 |
| Anterior:                   | 2606  | Anterior:        | 17/11/2017 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Próximo Leitura: | 18/01/2018 |
| Consumo Medido:             | 283   | Emissor:         | 18/12/2017 |
| Consumo Anterior:           | 283   | Apresentação:    | 18/12/2017 |

| Faixa de Faturamento         | NORMAL | Código de Introdução | Data de Conta |
|------------------------------|--------|----------------------|---------------|
| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |        |                      |               |

| Classe/Subclasse       | Ligação | Número Medidor                       | Posto  | Código Pat. | Média 12 meses |
|------------------------|---------|--------------------------------------|--------|-------------|----------------|
| RESIDENCIAL            | MONO    | 431633                               | 3-1/44 | 156         |                |
| HISTÓRICO kWh          |         |                                      |        |             |                |
| Médiano consumo        |         |                                      |        |             |                |
| NOV/17                 | 160     | CONSUMO 283 A R\$ 0,845143 = 238,60  |        |             |                |
| OUT/17                 | 186     | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 20,12 |        |             |                |
| SET/17                 | 169     | CORRECAO MONETARIA IG 10/17-00 0,57  |        |             |                |
| AGO/17                 | 158     | MULTA POR ATRASO 10/17-00 2,72       |        |             |                |
| JUL/17                 | 159     | JUROS DE MORA DE IMPO 10/17-00 1,22  |        |             |                |
| JUN/17                 | 152     | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 10,84  |        |             |                |
| MAR/17                 | 132     |                                      |        |             |                |
| ABR/17                 | 114     |                                      |        |             |                |
| FEV/17                 | 175     |                                      |        |             |                |
| TRÍPLO FEE TRIBUTO(S): |         |                                      |        |             |                |
|                        |         | 1 A 230 - 0,592477                   |        |             |                |

| MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO   |           |      |      |      |      |
|---|-----------|------|------|------|------|
| Mes/Ano   | Valor R\$ | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 12/2017 141,21  |           |      |      |      |      |
| LIGUE 10000-0000 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 3 10 15 20 25<br>Este futuro poderá ser descrevido conforme Antigo 119, parágrafo<br>primeiro da Resolução ANEEL 414/2020. |           |      |      |      |      |

RESERVADO AO FISCO 83DE.9F66.2E28.FBF1.86D4.54A5.3F5A.7DDB

| COMPOSTO DA CONTA - R\$ |       | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |        |
|-------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Distribuição:           | 47,85 | Base de Cálculo:        | 238,60 |
| Enegia:                 | 91,01 | Alíquota ICMS:          | 25,00% |
| Transmissão:            | 14,31 | Valor do ICMS:          | 59,65  |
| Encargos:               | 14,50 | Valor do PIS:           | 2,00   |
| Tributos:               | 70,93 | Valor do COFINS:        | 9,28   |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |            |       |        |            |       |        |        |
|-----------------------------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|--------|
| DIC                         |            | FIC   |        | DMIC       |       | DICO   |        |
| Mensal                      | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Mensal |
| Último:                     | 4,95       | 9,91  | 19,82  | 3,17       | 6,35  | 12,70  | 2,77   |
| Realizado:                  | 0,00       | 0,00  | 0,00   |            |       | 0,00   |        |

Conjunto TERESINA-MARQUES Período de Operação 07/2017 EU00: 51,49

ROT: 12.001.35.53.143420

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

SEU CÓDIGO

0067305-6

TOTAL A PAGAR - R\$ 263,23

MÊS FATURADO

12/2017

VENCIMENTO

26/12/2017

Nº da Nota Fiscal 000719376 FCAM

83600000002 3 63230017000 8 00000000067 9 30561217008 7



SEQ.: 00333 UC: 0067305-6 DT.LEIT.: 18/12/2017 T.ENTR.: 01  
LEITURA: 2889 NORMAL TOTAL: 263,23 CARGA: 007

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

28 JUN 2018  
DRAFT

**DADOS DO CLIENTE**

**MORADOR:** LUIS DOS SANTOS SILVA  
**RUA ALAMEDA DOMINGOS AFONSO MAFRENSE, 6267B-B-MAFRENSE-**  
**TERESINA-PI-cep:64004770**

**MATRÍCULA:** 13575449-6

**ECONOMIAS / CATEGORIAS / TIPO TARIFA**

1 Residencial Normal

**GRUPO:** 6

**LOCALIZAÇÃO:** 006-00046-000140

**HIDRÔMETRO:** A14F261644

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

| Referência             | Tipo        | Leritura   | Lido      | Faturado  | Data              |
|------------------------|-------------|------------|-----------|-----------|-------------------|
| 09/2017                | Mínimo      | 130        | 6         | 10        |                   |
| 10/2017                | Mínimo      | 134        | 4         | 10        |                   |
| 11/2017                | Mínimo      | 141        | 7         | 10        |                   |
| 12/2017                | Lido        | 163        | 22        | 22        |                   |
| 01/2018                | Mínimo      | 164        | 1         | 10        |                   |
| 02/2018 (Anterior)     | Lido        | 175        | 11        | 11        | 08/02/2018        |
| <b>03/2018 (Atual)</b> | <b>Lido</b> | <b>187</b> | <b>12</b> | <b>12</b> | <b>12/03/2018</b> |

**Dias de Consumo:** 32

**Média Consumo Diário (m³):** 0,2500

**Média Consumo Mensal (m³):** 8

**FATURAS PENDENTES**

| Referência | Vencimento | Valor (R\$) |
|------------|------------|-------------|
| 02/2018    | 26/02/2018 | 32,47       |
| 12/2017    | 26/12/2017 | 87,41       |
| 08/2017    | 23/08/2017 | 26,03       |

**DESCRIÇÃO DOS ITENS FATURADOS**

**Valor (R\$)**

|                              |         |              |
|------------------------------|---------|--------------|
| VALOR REFERENTE ÁGUA - 36,39 |         |              |
| > Residencial Normal         | 12m³    | 36,39        |
| JUROS POR ATRASO             | 01/2018 | 0,26         |
| MULTA POR ATRASO             | 01/2018 | 0,53         |
| <b>DEMAIS LANÇAMENTOS</b>    |         | <b>0,00</b>  |
| <b>TOTAL FATURADO</b>        |         | <b>37,18</b> |

**MENSAGEM**

Conforme Art. 2º da Lei 12.741 de 08/12/2012, informamos que sobre o valor da fatura incide os seguintes tributos: PIS e COFINS.

**NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 3 DEBITOS(S), ATENCAO - SUJEITO A CORTE, PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.**

**LEI 12.741/2012**

**PIS/PASEP = 37,18 \* 1,65% = 0,61**

**COFINS = 37,18 \* 7,60% = 2,82**

**\*\*\* NOTIFICAÇÃO \*\*\***

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/85, Art.6, §3, inciso II.

| RÂMETROS     | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE | MÉDIA/MÊS | VALOR PERMITIDO  |
|--------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------|------------------|
| Iodo Livre   | 3.623               | 3.458                    | 164                         | 1.12      | 0,25-5,00 mg/L   |
| cor Aparente | 2.923               | 2.534                    | 389                         | 7,03      | Inférior a 15,00 |
| 1            | 3.639               | 3.233                    | 406                         | 6,45      | 6,00-9,50        |
| Unidade      | 3.614               | 3.051                    | 563                         | 2,88      | Inférior a 5,00  |
| Informes To  | 574                 | 554                      | 20                          | Ausência  | Ausente          |

| PARÂMETROS       | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE | MÉDIA/MÊS | VALOR PERMITIDO |
|------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------|-----------------|
| Escherichia Coli | 574                 | 574                      | 0                           | Ausência  | Ausente         |
|                  |                     |                          |                             |           |                 |
|                  |                     |                          |                             |           |                 |
|                  |                     |                          |                             |           |                 |

O pagamento desta fatura após o vencimento implicará em aplicação de multas e juros que serão cobrados na próxima fatura.





para  
pronto socor



NOME DO PACIENTE: Teresinha de Jesus Soares da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 69350

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



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

|  |                        |                       |
|--|------------------------|-----------------------|
| Nome: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA   |                        | Prontuário: 69390     |
| Mãe: MARIA DE FÁTIMA SOARES DA SILVA   | Pai: IGNORADO          |                       |
| End. Resid.: AVENIDA BOA ESPERANÇA 170 - PÓTÉ VELHO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                        |                       |
| Nascimento: 12/12/1983   | Idade: 33a:7m:27d      | Sexo: Feminino        |
| Responsável: MARIA DE FÁTIMA SOARES DA SILVA   | CNS: 703303225766210   | fone: 86- 3221-2682   |
| Profissão: DOLAR   | Documento: RG: 2706631 | TOMOGRAFIA COM AGENDA |
| G. Instrução: Fundamental Completo   | E.Civil: Solteira      | EXAME CLÍNICO         |
| End. Local.: - - -   | DATA DE LAZARO         |                       |

DADOS DO ATENDIMENTO:

|  |                           |                         |
|--|---------------------------|-------------------------|
| Código: 615233   | Data: 09/07/2017 03:08:42 | Condução: VAGABUNDA     |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE) |                           | CONVÉNIO: J. S          |
| Acid. Trab.: Não   | Acid. Trajeto: Não        | Acid. Trab. Típico: Não |
|  |                           | CID Secundário: V039    |

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|  |                                |   |                        |
|--|--------------------------------|---|------------------------|
| Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR  | Evento Principal: Dor moderada | Destino: CIRURGIÃO GERAL  | Classificação: Amarelo |
| Breve História: Pedestre foi atropelada por moto. Relata cefaléia e contusão. Apresenta tremores nos braços e desorientação, hematoma na região do PFD e sangramento na perna D. |                                | Profissional Clas. Risco: MARCUS ANTONIO DE MRAUJO<br>09/07/2017 03:08:42 |                        |
| Mãe relata problemas mentais.  |                                | DATA DE LAZARO  |                        |

|  |           |             |              |
|--|-----------|-------------|--------------|
| DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____)   |           |             |              |
| <p>paciente sofreu acidente motoridístico dia 06/07/2017<br/>   hora, comitou, desmaio, estava com capacete. A: Pca.<br/>   B: dor moderada. C: in<br/>   dica pérvia; D: ausculta pulmonar normal. E: in<br/>   tóxol hemodinâmica normal, abdômen flácido, F: glag<br/>   PS; G: apresenta escoriações, fractura em M2. Pulo<br/>   cheio, pupilas isocílicas, fator reagentes e racine irregu<br/>   laridade alcoólica e fuz uso de Diazepam. Pulos perifericos preservados.</p> |           |             |              |
| PA 140 x 100 mmHg  | P脉: _____ | PC: 133 bpm | Tempo: _____ |
| Diagnóstico Inicial:   |           |             |              |

|   |  |   |
|---|--|---|
| CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES: |  | Ray-X de<br>Sonda US de Abdômen Total; / órax, Ray-X de Pélvica<br>Sonda XC de Brônco |
|   |  | DESEGUROS   |
|   |  | 28 JUN 2018   |

|                              |              |     |
|------------------------------|--------------|-----|
| MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: | Procedimento | CID |
| DIA: / /                     | HORA: : :    |     |

Xanomaria da Soáma

Assinatura Paciente ou Responsável

Tiago Macêdo  
 MÉDICO

CRM-PI: 6683

Assinatura: \_\_\_\_\_



FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE  
URGENCIA DE TERESINA - HUT

,OSITAL DE

PREScriÇÃO MÉDICA



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Jesu de Jesus S. S. S.

Diagnóstico pré-operatório

Febre de pele rel.

Operação - Tipo

Abdomen clyst

Cirurgião

Dr. Ricardo Valente

1º Assistente

2º Assistente

Dr. Ricardo Valente

2º Assistente

Instrumentador(a)

Dr. Ricardo Valente

3º Assistente

Anestesista

Dr. Ricardo Valente

Anestesia

Anestesico(a)

Dr. Ricardo Valente

Data da Operação

10/07/17

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Dr. Ricardo Valente

Relatório Imediato do Patologista

Dr. Ricardo Valente

Acidente Durante a Operação

Dr. Ricardo Valente

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

Dr. Ricardo Valente



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**  
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

238

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 18/07/2017

|                   |   |                |              |
|-------------------|---|----------------|--------------|
| NOME DO PACIENTE: | <i>Represa de Jequitinhonha S. da Silva</i>   | PRONTUÁRIO Nº: | <i>69390</i> |
| DIAGNÓSTICO:      | <i>Peritomio de Jequitinhonha S. da Silva</i> | CIRURGIA:      |              |
| ANESTESIA:        | <i>Dr. Sam</i>                                | Nº DA SALA:    | <i>05</i>    |
| CIRURGIAO:        | <i>Dr. Ricardo Valente</i>                    | CPF Nº:        |              |
| AUXILIAR:         | <i>Dr. Ricardo Valente</i>                    | CPF Nº:        |              |
| ANESTESIA:        | <i>Dr. Ricardo Valente</i>                    | CPF Nº:        |              |
| INSTRUMENTADORA:  | <i>Dr. Ricardo Valente</i>                    | CPF Nº:        |              |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT.    | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO           | UNID.         | QUANT.     | PREÇO |
|-------------------------|-------|-----------|-------|-------------------------|---------------|------------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. |           |       | LÂMINA DE BISTURI       | UNID.         | <i>03</i>  |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | <i>02</i> |       | LUVA Nº                 | PAR           | <i>04</i>  |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | <i>02</i> |       | LUVA Nº                 | PAR           | <i>03</i>  |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | <i>01</i> |       | LUVA DE PROCEDIMENTO    | PAR           | <i>04</i>  |       |
| ALCOOL 70%              | ML    |           |       | PVP DE GERMANTE         | ML            | <i>100</i> |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  |           |       | PVP TÓPICO              | ML            | <i>80</i>  |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    |           |       | PVP TINTURA             | ML            |            |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | <i>03</i> |       | SERINGA 20CC            | UNID.         | <i>01</i>  |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA       | UNID. |           |       | SERINGA 10CC            | UNID.         | <i>02</i>  |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | <i>30</i> |       | SERINGA 5CC             | UNID.         | <i>02</i>  |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. |           |       | SERINGA 3CC             | UNID.         |            |       |
| FORMOL                  | ML    |           |       | SORO FISIOLÓGICO        | FRASCO        | <i>02</i>  |       |
| GASES                   | PAC.  | <i>03</i> |       | SONDA URETRAL           | UNID.         |            |       |
| JELCO Nº                | UNID. |           |       | <i>Crepe m</i>          | UNID.         | <i>01</i>  |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT.    | PREÇO | OCORRÊNCIA              |               |            |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |           |       | <i>Centro Cirúrgico</i> |               |            |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |           |       | <i>Centro Cirúrgico</i> |               |            |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |           |       | <i>Centro Cirúrgico</i> |               |            |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       |           |       | <i>Centro Cirúrgico</i> |               |            |       |
| ALCOFIL                 |       |           |       | <i>Centro Cirúrgico</i> |               |            |       |
| MONONYLON               |       |           |       | <i>Centro Cirúrgico</i> |               |            |       |
| FITA UMBILICAL          |       |           |       | ENFERMARIA:             |               |            |       |
| VICRYL                  |       |           |       | CIRCULANTE:             | <i>Budice</i> |            |       |
| PROLENE                 |       |           |       |                         |               |            |       |



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Beldencão - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CRP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA** (Prontuário: 69390)  
Endereço: AVENIDA BOA ESPERANÇA 170 - PÓT VELHO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 12/12/1983 Idade: 33a:7m:27d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 615233  
Requisição: 756500 Solicitação: 09/07/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 94DB17 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 09/07/2017

### US DE ABDOME TOTAL

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

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, apresentando leve aumento difuso da ecogenicidade parenquimatosa.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, contendo imagens de cálculos em seu interior, medindo até 0,8 cm.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocoléodo: integros.
- Pâncreas e Bexiga: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Esteatose hepática difusa leve.
2. Colelitíase.

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

(DANIEL AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/07/2017

**DANIEL AUGUSTO LIMA LEITE**

CPF: 586.189.643-34 CRM 3389

Professional Responsável





## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

Instrumentador(a)

Anestésico(a)

Data da Operação

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

1º Assistente

3º Assistente

Anestesista

Fim

Inicio

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

Dr. Ricardo Valente  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM-PI 17215



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° \_\_\_\_\_

Proc. N° \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09 / 07 / 04

|                   |                        |                                       |             |              |
|-------------------|------------------------|---------------------------------------|-------------|--------------|
| NOME DO PACIENTE: |                        | <u>Teresinha de Jesus S. da Silva</u> | PRONTUÁRIO: | <u>69380</u> |
| DIAGNÓSTICO:      | <u>Febre de Mula</u>   |                                       | CIRURGIA:   |              |
| ANESTESIA:        | <u>Deposi</u>          |                                       | Nº DA SALA: | <u>05</u>    |
| CIRURGÃO:         | <u>Ricardo Valente</u> |                                       | CPF N°:     |              |
| AUXILIAR:         | <u>Ornélia</u>         |                                       | CPF N°:     |              |
| ANESTESIA:        | <u>caio</u>            |                                       | CPF N°:     |              |
| INSTRUMENTADORA:  | <u>Naiccia</u>         |                                       | CPF N°:     |              |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO        | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|----------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | -      | -     | LÂMINA DE BISTURI    | UNID.  | 01     | -     |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 01     | -     | LUVA N° 8,5          | PAR    | 01     | -     |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 01     | -     | LUVA N° 6,5          | PAR    | 02     | -     |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | 01     | -     | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR    | 02     | -     |
| ALCOOL 70%              | ML    | 500    | -     | PVP DE GERMANTE      | ML     | 500    | -     |
| ALGODÃO                 | BOLA  | -      | -     | PVP TÓPICO           | ML     | 500    | -     |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | -      | -     | PVP TINTURA          | ML     | -      | -     |
| COMPRESSA               | PAC.  | 04     | -     | SERINGA 20CC         | UNID.  | -      | -     |
| EQUIPO MACRO-GOTA       | UNID. | -      | -     | SERINGA 10CC         | UNID.  | 01     | -     |
| ESPARADRAPO             | CM    | 60     | -     | SERINGA 5CC          | UNID.  | 01     | -     |
| SCALPE N°               | UNID. | -      | -     | SERINGA 3CC          | UNID.  | -      | -     |
| FORMOL                  | ML    | -      | -     | SORO FISIOLÓGICO     | FRASCO | 02     | -     |
| GASES                   | PAC.  | 05     | -     | SONDA URETRAL        | UNID.  | -      | -     |
| JELCO N°                | UNID. | -      | -     | detidado 05 ml       | UNID.  | -      | -     |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA           |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |        |       | abertura             |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       |                      |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |        |       |                      |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       |        |       |                      |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                      |        |        |       |
| MONONYLON 2-0           | 02    |        |       |                      |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA:          |        |        |       |
| VICRYL                  |       |        |       | CIRCULANTE:          |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |                      |        |        |       |

FOLHA DE ANESTESIA



| UNIDADE DE SAÚDE   |   |   |                         |                | Nº DE REGISTRO                     |  |
|--|---|---|-------------------------|----------------|------------------------------------|--|
| NOME DO PACIENTE <i>Teresinha de Jesus S. da Silva</i>     |   |   |                         |                |                                    |  |
| DATA:<br><i>09/07/17</i>                                   | P. ARTERIAL<br><i>130x50</i>                          | PULSO<br><i>120</i>   | RESPIRAÇÃO<br><i>19</i> | TEMPERATURA    | PESO                               | ALTURA   |
| EXAMES DE SANGUE   |   | GR. SANGUÍNEO   | HEMATIMETRIA            | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS                       | GLICEMIA   |
| EXAMES DE URINA  |   |   |                         |                |                                    |  |
| <i>Pct com sinais de liberação alcoólica</i>               |   |   |                         |                | ELETROCARDIOGRAMA                  |  |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO                                       |   |   |                         |                | ASMA                               | BRONQUITE  |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO                                       |   |   |                         |                | SISTEMA URINÁRIO                   |  |
| SISTEMA DIGESTIVO  |   |   |                         |                | CORTICOIDES                        | ATARAXICOS   |
| ESTADO MENTAL  |   |   |                         |                | OUTROS                             |  |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura exposta de tibio</i> |   |   |                         |                | FÍSICOS                            |  |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DÓSES)                              |   |   |                         |                | APLICADO AS                        | EFEITOS  |
|  |   |   |                         |                | TOTAL DE DOSES                     |  |
| AGENTES ANESTÉSICOS  | OXIGÉNIO<br>1<br>2<br>3                               |   |                         |                | <i>Mesma 1/3<br/>morfina 50 mg</i> |  |
| LÍQUIDOS   | SO-LUTO 500<br>400<br>SANGUE 300<br>200<br>OUTROS 100 |   |                         |                |                                    |  |
| TEMPERATURA T  | C°<br>38  | 260<br>240<br>220<br>200<br>180<br>160<br>140<br>120<br>100<br>80<br>60<br>40<br>20<br>10 |                         |                |                                    | SEQUÊNCIA<br><i>AVG 20<br/>morfina 50 mg<br/>Nequi<br/>Calco cão<br/>d/1 fed<br/>esterno<br/>Alfa 0/100A</i> |
| P. ARTERIAL V<br>O PULSO                                   |   |   |                         |                |                                    | DURAÇÃO  |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X                                   |   |   |                         |                |                                    |  |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO                                      |   |   |                         |                |                                    |  |
| RESPIRAÇÃO O   |   |   |                         |                |                                    |  |
| SÍMBOLOS   |   |   |                         |                | INCIDENTE - ACIDENTE               |  |
| TÉCNICAS   | <i>Raque</i>  |   |                         |                |                                    |  |
| OPERAÇÕES  | <i>Int. de fratura exposta de tibio</i>               |   |                         |                |                                    |  |
| CIRURGIÕES   | <i>lincendo</i>                                       |   |                         |                |                                    |  |
| ANESTESISTAS   | <i>Cau</i>  |   |                         |                |                                    |  |
| <i>DR. COELHO MED. CRM 1423<br/>Médico</i>                 |   |   |                         |                | CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS |  |
| PARTICULARIDADES   |   |   |                         |                |                                    |  |



# NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

FP CORRETORA  
DE SEGUROS

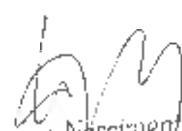
## LAUDO MÉDICO

28 JUN 2018

DPVAT

Atesto que paciente **TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA** apresenta patologia classificada pelo CID-10: S822/ M842/ M245/ M191, caracterizando múltiplas fraturas pós-accidente, tendo sido operada, apresenta limitação funcional e impotência de joelho direito de 90%.

THE, 25/06/2018

  
Dr. Glaucon Nascimento  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI 2775 / AET 10604

Clinica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia  
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurolologia  
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330  
Fone/Fax: (86) 3221-6174 / 3131-6666 • [www.neoclinica.net.br](http://www.neoclinica.net.br)



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

10 SET 2018

DPVAT

## LAUDO MÉDICO

Atesto que PACIENTE  
**TERESINHA DE JESUS SOARES**  
**DA SILVA** apresenta patologia  
classificada pelo CID-10: S822/  
M625/ M245/ M191, tendo sido  
operada, caracterizando limitação  
funcional em perna direita de 80%.

THE, 04/09/2018

*Dr. Claudio Nascimento  
- Especialista Traumatologista  
- CRM-PI 2776 - CROT 10604*

Clinica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia  
Obstetricia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Ofraomologia - Neurologia  
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330  
Fone/Fax: (86) 3221-6174 / 3131-6666 • [www.neoclinica.net.br](http://www.neoclinica.net.br)



**NEOCLÍNICA**

**CORRETORA  
DE SEGUROS**

Qualidade para sua saúde.

04 OUT 2018

**LAUDO MÉDICO**

**DPVAT**

Atesto que paciente  
**TERESINHA DE JESUS SOARES DA**  
**SILVA**, vítima de acidente de trânsito,  
apresenta sequela de fratura de tibia  
direita cominutiva, tendo sido operada,  
apresenta limitação funcional em perna  
direita de 80%.

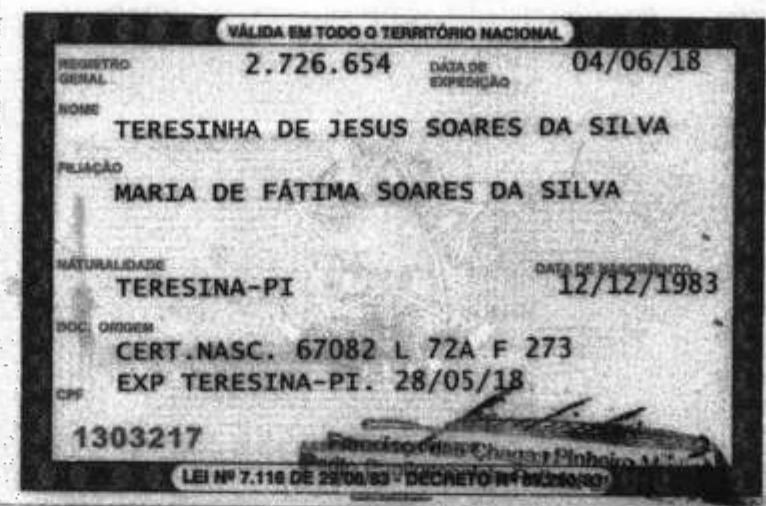
CID-10: S822/ M625/ M245/ M191

THE, 02/10/2018

*Dr. Gleison Nascimento  
Introdutor / Radioterapeuta  
0400-2273 / 0700-1019*

Clinica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia  
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurologia  
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Antônio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330  
Fone/Fax: (86) 3221-6174 / 3131-6666 • [www.neoclinica.net.br](http://www.neoclinica.net.br)



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

28 JUN 2018

DPVAT

 COMPROVANTE DE SITUAÇÃO  
CADASTRAL NO CPF



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **034.352.493-74**

Nome: **TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA**

Data Nascimento: **12/12/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data de Inscrição no CPF: **15/03/2006**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:42:27** do dia **25/06/2018** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **C21E.DB85.8BE7.83D8**



Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

**Nova Consulta**

**IDENTIFICAÇÃO**  
**VITIMA** Terezinha de Jesus Soares da Silva  
 DATA DO ACIDENTE 09.07.17 CPF DA VITIMA 034.352.493.74

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO** A. meimo  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR Vítima  REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PATENTE ESCO COM  
 A VITIMA É Terezinha de Jesus Soares da Silva

ENDERECO DO PORTADOR Av. Domingos Afonso 1000 - Centro  
 CIDADE Teresópolis UF RJ CEP 26000-040  
 E-MAIL ... TELEFONE (26) 988657066

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

**DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE**

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE  
 TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CERT. DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO 30 INI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INI: DECLARAÇÃO DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO INI

(ORIGINAL) ASSINADA PELO VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVA A FIMI

DA INVALIDEZ PERMANENTE COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

BOLETIM DE ALINDÔMIO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE  
 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**ORIGINAL**

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**

CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO  
 DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU  
 DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

**OBS:** HUPI SINTANIF. LGFM É quem representa a vitima menor, de 0 a 15 anos, pode ser pai ou mãe

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

**VALORES DE INDENIZAÇÃO**

- \* MORTE = R\$ 13.500,00
- \* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE  
 DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 16.394/74.
- \* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR  
 VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

\* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO  
 COMPLETA.

\* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS  
 LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

\* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) OU LIGUE  
 GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE**

CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO  
 DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA, MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE**

**DATA**

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0231700/18

**Número do Sinistro:** 3180296456

**Vítima:** TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

**CPF:** 034.352.493-74

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 09/07/2017

**Titular do CPF:** TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 04/10/2018

Nome: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA  
CPF: 034.352.493-74

Data do cadastramento: 04/10/2018

Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180296456      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TERESINHA DE JESUS SOARES DA      **Data do acidente:** 09/07/2017      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A SILVA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA TIBIA PROXIMAL DIREITA

**Descrição do exame médico pericial:** PACIENTE EVOLUI COM DOR EM JOELHO DIREITO AO DEAMBULAR, COM CREPITAÇÃO AOS MOVIMENTOS, COM INSTABILIDADE, DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOCOLO DIREITO, APRESENTANDO EDEMA LOCAL, NAO CONSEGUE DEAMBULAR SEM MULETAS OU CADEIRA DE RODAS, APRESENTANDO LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO EM 20 GRAU DO JOELHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** PSEUDOARTROSE NA DIAFISE DA TIBIA DIREITA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Frederico Fonseca de Oliveira

**CRM do médico:** 5058

**UF do CRM do médico:** PI

## 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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 35%         | R\$ 4.725,00          |
|   |  | <b>Total</b>   | <b>35 %</b> | <b>R\$ 4.725,00</b>   |

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

**CRM do médico:** 21266

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

