

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Mensagens, Audiências, Consulta proce..., PJ 0814806-02/20..., Baixar o arquiv..., (32) WhatsApp, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=529203&ca=9a1f126c27bb812d381b73cbaacc52c...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Administrativo, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: **PJE** ProceComCiv 0814806-02.2020.8.18.0140 LIDIANE DA SILVA CUNHA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

Search bar: 13359015 - CONTESTAÇÃO (2763750 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 25/11/2020 09:51:24

Left sidebar: 25 Nov 2020
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
13359005 - CONTESTAÇÃO
13359015 - CONTESTAÇÃO (2763750 CONTESTACAO 01)
13359019 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
13359024 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
13359027 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
13359028 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main content area: downloadBinario.seam 1 / 10
2763750- C3/ 2020-04096/ INVALIDEZ
JOÃO BARBOSA
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Taskbar: PT 09:51 25/11/2020



25/11/2020

Número: **0814806-02.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **04/07/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LIDIANE DA SILVA CUNHA (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13359 019	25/11/2020 09:51	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190558725

Vítima: LIDIANE DA SILVA CUNHA

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LIDIANE DA SILVA CUNHA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

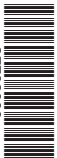
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14839149

Pag. 00455/00456 - carta_01 - INVALIDEZ

00030228





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

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190558725

Vítima: LIDIANE DA SILVA CUNHA

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LIDIANE DA SILVA CUNHA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **LIDIANE DA SILVA CUNHA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002004**

Conta: **0000096035-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 015.792.723-71 4 - Nome completo da vítima: Laidiane da Silva Cunha

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

5 - Nome completo: Laidiane da Silva Cunha 6 - CPF: 015.792.723-71
7 - Profissão: do bar 8 - Endereço: Rua Ruyd. Paulo de Tarso 9 - Número: 009 10 - Complemento: A.O.
11 - Bairro: Sta. Maria da Lapa 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012840
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 994729591

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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:
☒ RECUSAR INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0004 013 CONTA: 96135 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.191/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 253 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não utilizada
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 24.09.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Representante Legal (se houver)





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

164 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002920/2019-49

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

Data/Hora: 01/08/2019 - 11:17

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MIGUEL ROSA C/ RUA MAGALHÃES FILHO, Nº:

Complemento

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

Data/Hora

13/05/2019 - 18:20

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LIDIANE DA SILVA CUNHA

RG: 2568567 PI

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: MARIA DO SOCORRO E SILVA

Pai: DOMINGOS DE BRITO DA CUNHA

Endereço: QUADRA O, CASA 09, RESIDENCIAL PAULO DE TARSO, Nº

Bairro: SANTA MARIA DA CODIPI

Cidade: TERESINA - CEP: 64012-100

Telefone(s): 86-3225-9483 86-8817-1454

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE VERA LUCIA RIBEIRO MENDONÇA, MARCA YAMAHA/T115 CRYPTON K, PLACA NIS-9131-PI, COR VERMELHA, RENAVAM 451909763, E QUE TRAFEGAVA PELA RUA MAGALHÃES FILHO, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA PELA AV. MIGUEL ROSA, INVADIU O SEMÁFORO, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA O HUT. (PRONT. 511046). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

Lidiane da Silva Cunha
LIDIANE DA SILVA CUNHA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	2229	13/05/19	2889	18:45	18:55
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
	19:09	19:12			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	Av. Miguel e Mochalhos Ferno	Centro - Nova	TAP-PI		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
	MARKERS PARA	Ligiane da Silva Cunha	Feminino	10/07/86	2 - Não
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐
Exame Físico	23 Glasgow = 15	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
	ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 1 - Nenhuma 2 - Orientada 3 - Confusa 4 - Palavras inapropriadas 5 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	Pulso 82 Resp. 18 PA 100/60 TAX. 99% SatO2 99%	Diagrama de corpo humano com seta no braço direito		
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Escala de dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Igual 2 - Fino 3 - Ausente 1 - Sim 2 - Não	1 - Igual 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 1 - Sim 2 - Não	1 - Sim 2 - Não
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)	H101	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não	
Observações Interdisciplinar	Vctre Feminina 32 anos, motociclista, PRO- TANAL COM VID A CARCETE, JOQUEI COLETA MOTOR CARRO SOBREITO DE FRATURAS DO CRANIO C/ B, ISSU ESTABREI AGRA ALEGIA MANTENEDORA.				
	Responsável pela recepção: José Orlando Gomes da Silva Médico: Téc. Enfermagem - FMS AE/TE: COREN-PI 206539 Enfermeiro: Edivaldo Silva Condutor:				

27.11.2011

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: 10/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LIDIANE DA SILVA CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000096035-6

Nr. da Autenticação 9DB726D63C9979C0



ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27.157.474/0001-06 - I.E. 19.116.5574
Av. Prof. Camilo Filha, 1960, Bixos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 e 115 / (86) 98124-3199

MATRICULA 14071401-4 FATURA Nº 152356733
MÊS/ANO 7/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR LIDIANE DA SILVA CUNHA
CON RESID PAULO DE TARSO 0---0-CASA-009-STA MARIA DA
CODUPI-TERESINA-PI-cep:64012840

LOCALIZAÇÃO 018-00007-006170 GRUPO 0.8 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A09N254802

HISTÓRICO DE CONSUMO	TIPO	LIDO	FATURADO	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
06/2019 Lido	02	10		1 Residencial - Normal
05/2019 Lido	15	15		
04/2019 Finito	06	10		
03/2019 Finito	07	10		
02/2019 Finito	04	10		
01/2019 Finito	00	10		

DATA 6/06/2019 LEITURA 1361
ATUAL 25/07/2019 1366
CONSUMO MÊS M3 10.0
LÍMITE 10.7418000
PIS/PASEP 30,35x1,65% = R. 50
COPIS 30,35x7,68% = R. 2,30

TARIFA DE TARIFA	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E DA FATURA	REF.	VALOR
RESIDENCIAL TAXA DE COF. UNIC. (R\$) (M3)	VALOR REFERENTE AGUA - 30,35 > Residencial-Normal	10,0 m3	30,35
0 10 5.0000 00			
10 25 5.7120 50			
25 99999 9.8610 00			

NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE COF. UNIC. (R\$) (M3)

VENCIMENTO 07/08/2019 TOTAL A PAGAR 30,35

REGULARIDADE MES / ANO MES / ANO

MENSAGEM
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 2 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços.
conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 6.517/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342/2006 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉD. / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	7.89	2559	30	1.31	0,2-5,0 mg/L
ODOR APARENTE	7.300	2330	53	5.75	Inferior a 15
PH	30.47	3039	48	6.73	6,00-9,50
TURBIDEZ	7.092	2875	217	2.29	Inferior a 5
CONFORMIDADE					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342/2006 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉD. / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1078	1078	0	Ausência	Ausente
	1078	1078	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 25/07/2019 HORA DA EMISSÃO: 09:50

ÁGUAS DE TERESINA

MATRICULA 14071401-4 FATURA Nº 152356733
MÊS/ANO 7/2019

VENCIMENTO 07/08/2019 VALOR A PAGAR 30,35



*** AVISO DE DÉBITO ***

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(-s) abaixo relacionado(s).



ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ: 27357474/000106 - 11 31955574
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Edson de Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 237 2000 ou 335 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA 13428373-2 FATURA Nº 152393609
MÊS/ANO 8/2019

TC - 1,38
20190802110026

NOME / ENDEREÇO
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 554-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018650

LOCALIZAÇÃO 001-00041-005270 GRUPO 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO				ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TÁRIFA	
MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO	1 Residencial - Normal	
07-2019	1.140	01	10		
06-2019	1.140	02	10		
05-2019	1.140	01	10		
04-2019	1.140	06	10		
03-2019	1.140	02	10		
02-2019	1.140	03	10		

DATA 02/07/2019 LEITURA 146 CONSUMO MÊS M3 10
ATUAL 02/08/2019 147
LBI 127410012
PIS/PASEP 5,19+1,65L+ 0,91
COFINS 05,13+7,40L+ 4,10

TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA		
RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (M)	DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
0 10	3,9600 57	VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66		
10 25	5,7120 66	> Residencial-Normal	10,0 m3	30,66
25 99999	9,8610 50	VALOR DE ESGOTO - 24,53		
		> Residencial-Normal	10,0 m3	24,53

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

VENCIMENTO 14/08/2019 TOTAL A PAGAR 55,19

REGULARIDADE / INDEBIDADES

MENSAGEM
Nossos arquivos acusam(AM) 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.343/1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	UNID./MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2561	2538	23	1,35	0,2-5,0 mg/l



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Moraes de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303.00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Luciane da Silva Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.792.723.74

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Luciane da Silva Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.792.723.74, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço: <u>Rua: 24 de Janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento:
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail:	CEP: <u>64.000.902</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 990729591</u>

Local e Data: Teresina - Piauí 24.09.15

Keylly Moraes de Oliveira

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0610 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 121 91 35

Eu, Vera Lucia Ribeiro Mendonça
RG nº 053292802014-5, data de expedição 21/07/14
Órgão SSP-MA, portador do CPF nº 305.120.883-53
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Albertina Neiva B. São Francisco nº 3016
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 na
Luciane da Silva Cunha, cujo o condutor era
Luciane da Silva Cunha
Veículo: Moto Modelo: Yamaha/T115 Crypton Ano: 2011/2012
Placa: NJS-9131 Chassi: 9C6KE1560C0008629
Data do Acidente: 13/05/19

Local e Data: Teresina - Piauí, 01/08/2019

Vera Lucia Ribeiro Mendonça
Assinatura do Declarante

3º OFÍCIO

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Carterio Themistocles Sampaio
Rua Lúcio Magalhães, 1221 - Centro - CEP: 64009-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3321-0108 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Fiduciária: Antônia Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE VERA LUCIA RIBEIRO MENDONÇA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 01/08/2019. Selo: AAH04239-9U3B
www.tjpi.jus.br/portalexta

KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS-ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:148
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kátia Gardênia da Silva Santos
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL





Prefeitura de
Teresina

DECLARAÇÃO

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 13/05/2019 do (a) paciente LIDIANE DA SILVA CUNHA o(s) seguinte (s) dado(s) abaixo:

1-Nome: onde consta ELIDIANE DA SILVA CUNHA para LIDIANE DA SILVA CUNHA

2-Mãe: onde consta MARIA DO SOCORRO DA SILVA CUNHA para MARIA DO SOCORRO E SILVA.


Justivan Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

Teresina, 20 de maio de 2019

Justivan Sérgio Leal Teixeira

Diretor Técnico – HUT

CRM: 3131



Rua Otto Tito, 1820, Bairro Redenção,
Teresina-Pi. CEP 64017-775.
CNPJ 17.577.205/0008-03



86 3218-5199



diretoriageralhut@gmail.com





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Elidione da Silva Cunha

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 511046

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

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Mário Matoso
SAE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





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

~~NEURO~~
ORTOPEDIA
CIRURGIA GERAL

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	ELIDIANE DA SILVA CUNHA	Prontuário:	511046
Mãe:	MARIA DO SOCORRO DA SILVA CUNHA	Pai:	
End. Resid.:	R AMARANTE 5620 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	07/07/1986	Idade:	32a10m6d
Responsável:	LUCIANE DA SILVA CUNHA	Sexo:	Feminino
Profissão:	DO LAR	Fone:	86-99520-4767
G. Instrução:	Não informado	CNS:	
		Documento:	Reg.Nasc: NAO PORTA
		E.Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	721527	Entrada:	13/05/2019 19:23:04	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						
(Conforme Paciente/Acomp):	HUT DR. ZENON ROCHA						
Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Canal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Exame:	Cor:
QUEDAS	Dor moderada	EXAME: TC crânio cervical DATA: 13/05/19 07:37h	Amarelo
Breve História Clas. Risco:		HELENILSA CARVALHO DE SOUSA	
PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA APOS COLIDIR EM CARRO EVOLUINDO COM SUSPEITA DE CLAVÍCULA D		COREN - 307586	
PA:130X 90		Em: 13/05/2019 19:28:43	
P:80			
SAT 99			

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

ACIDENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM CAPACETE, NEGA: PERDA DE CONSCIENCIA, VÔMITOS, OTORRAGIA, RINORRAGIA. REFERE DOR DE FORTE INTENSIDADE EM CLAVÍCULA DIREITA, DOR EM PERNA ESQUERDA.
VIA AEREA PERVIA. EM PRANCHA RIGIDA E COLAR CERVICAL. PA:140X100MMGH
B: MV+, SRA, SAT O2: 100%
C: FC= 98BPM
D: GLASGOW 15
E: ESCORIAÇÕES EM HEMITORAX DIREITO E ABDOME. PELVE ESTAVEL E INDOLOR. ABDOME FLÁCIDO, DEPRESSIVEL E INDOLOR.

Diagnóstico Inicial:	CID:
?	

Exames Complementares:

- (1216181) - TORAX PA
- (1216182) - CLAVÍCULA DIRETA
- (1216183) - PERNA ESQUERDA

Prescrição Médica:

Tramadol 100mg - 1amp 100ml SFO, 9x, e dor forte.

Joana Luiza Almeida de Albuquerque
Joana Maria de Almeida de Albuquerque
Médica
CRM-PI 0003 / CRM-BA 10404
CONFERE

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 13/05/2019 20:14:21



**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.: 43464 - Em: (13/05/2019)

Atendimento	Prontuário: Paciente:	Dr. Nasc.: Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:				
238998	511046 ELIDIANE DA SILVA CUNHA	07/07/1986 POSTO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 04	ALMIR ALVES REBELO FILHO				
Evolução:		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:					
Hora:									
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE,								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				
2	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h				
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		
4	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	50,00	mg	EV	12/12h				

Observações Gerais:

CUIDADOS GERAIS

Dr. Ferdinand Freitas
Ortopedia e Radiologia
CRM-PI: 3096 - TEOT: 11/20

Joana Luisa Mendes de Alencar
Matrícula: 47390
SABE - RJ
CONFERE COM O PACIENTE



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

205154

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

238998

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ELIDIANE DA SILVA CUNHA

6 - Prontuário: 511046

7-CNS:

8-Nascimento: 07/07/1986

9-Sexo: Feminino

11-Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA CUNHA

12-Fone: 86-99520-4767

13-Resp: LUCIANE DA SILVA CUNHA

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: R AMARANTE 5620 - ALTO ALEGRE - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Principais sinais e sintomas clínicos:

ACIDENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM CAPACETE, NEGA: PERDA DE CONSCIENCIA, VÔMITOS, OTORRAGIA, RINORRAGIA. REFERE DOR DE FORTE INTENSIDADE EM CLAVICULA DIREITA, DOR EM PERNA ESQUERDA. A: VIA AEREA PERVIA. EM PRANCHA RIGIDA E COLAR CERVICAL. PA:140X100MMGH
B: MV+, SRA, SAT O2: 100%
C: FC= 98BPM
D: GLASGOW 15

21 - Condições que justificam a internação:
TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
RX E EXAME FÍSICO

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da clavícula

24-CID Prim:

S420

25-CID Sec.1

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

3-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

Tempo SUS
2

0408010150

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

716.039.213-20

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

13/05/2019

FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO

CRM-PI: 3096 - TEOR 11020
Dr. Ferdinand Freitas
Ortopedia e Traumatologia

35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vinculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ÁLMIR FILHO)
Consulta Local: 721527
Consulta SUS:
Impressão: 13/05/2019 22:16:57



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/11/2020 09:51:23

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112509512353500000012634973

Número do documento: 20112509512353500000012634973

Num. 13359019 - Pág. 15



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	238998

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LIDIANE DA SILVA CUNHA	6 - Prontuário: 511046		
7-CNS: 898004159102273	8-Nascimento: 07/07/1986	9-Sexo: Feminino	CPF: 015.792.723-71
11-Mãe: MARIA DO SOCORRO E SILVA CUNHA	12-Fone: 86-99520-4767		
13-Resp: LUCIANE DA SILVA CUNHA	14-Fone: 86-99520-4767		
15-Ender: R AMARANTE 5620 - ALTO ALEGRE - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408010150	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030929	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- citada: 1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA		
38-Profissional Responsável: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO	40-Tp. Documento: CPF	 Flávio Maciel B. de S. Coutinho Ortopedista e Traumatologista CRM-PI 3492 41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 16/05/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 716.039.213-20	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fract. clavícula dir.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF:
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(ANTONIO EURIVAN)

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/11/2020 09:51:23
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112509512353500000012634973
Número do documento: 20112509512353500000012634973

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/11/2020 09:51:23
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112509512353500000012634973
Número do documento: 20112509512353500000012634973



0495

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198	
FABRICANTE :		CNPJ:	
PACIENTE: LIDIANE DA SILVA CUNHA		COD.SIG TAP: 0702030929	
RG.HOSPITAL: 238998		USADO: 16/05/19	
DATA:		ALTA:	
PROCEDIMENTO: 0408010150		CRM:	
MEDICO: DR. FLAVIO		CPF:	
Produtos Utilizados/Implantados:			
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote
			QTD

PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5MM	01
PARAF. CORTICAL 3,5MM	06
	
Flávio Antônio de S. Coutinho Ortopedista e Traumatologista CRM 3102	

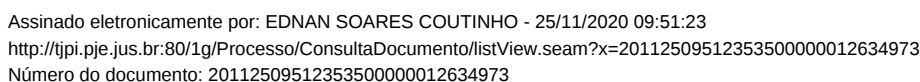
Responsável Pelo Preenchimento:

Data: ____/____/____

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SANECHUT
CONFERE COM O RESPONSÁVEL

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26/05/19

NOME DO PACIENTE: <u>Elidiane da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>311046</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fratura clavícula dir.</u>	CIRURGIA: <u>Osteomielite</u>
ANESTESIA: <u>geral</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Plácido B. de S. Coutinho</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Enfermeira</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Ana Glaydes</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	90		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	01		<u>St. Express</u>	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Eletródos</u>	UNID.	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Excavos</u>	UNID.	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2.0</u>	UNID.	<u>0140</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>0.0</u>	UNID.	<u>01</u>		CIRCULANTE: <u>Volchikova</u>			
PROLENE							

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matr. 47380
SME-HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/11/2020 09:51:23

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112509512353500000012634973>

Número do documento: 20112509512353500000012634973



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente Elisique da Silva Cunha

Diagnóstico pré-operatório Fract. clavícula dir.

Operação - Tipo Osteossíntese

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação 16/05/2019

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Exposição prol. cateter de drenagem, enxerto
autólogo, enxerto, fixação com
clavícula, RTT, e pleco e pleuro
sutura por pleco, curativo.

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Médica 47390
SAM - HUT
CONFERE COM O UROLOGISTA
Flávia Maciel B. de
Ortopedia e Traumatologia
CRM 31102

Mod. 76 HUT





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: **KATLY MOIRA DE OLIVEIRA**

DOC. REPRESENTATIVO: **2212129 SSP PI**

CNPJ: **839.502.303-00** DATA NASCIMENTO: **18/12/1979**

FUNÇÃO: **ANTONIO JONES DE OLIVEIRA**
EVA MOIRA DA SILVA

PERMISSÃO: **PERMISSÃO** ACC: **ACC** CAT: **3**

REGISTRO: **07318478449** VALIDADE: **20/08/2020** PRAZUELAÇÃO: **21/08/2019**

OBSERVAÇÕES:

Katly Moira de Oliveira
ASSINATURA DO PORTADOR

DATA DE EMISSÃO: **21/09/2019**

ASSINATURA DO EMISSOR: **55070808293**
82/10771158

PIAUI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1919872460

PROIBIDO PLASTIFICAR
1919872460



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190558725 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIDIANE DA SILVA CUNHA **Data do acidente:** 13/05/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (P5).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Lidiane da Silva Cunha
RG: 2568567 Órgão Emissor: SSP-PJ
CPF: 015.792.723-71 Nacionalidade: Brasileira
Est. Civil: Solteira Profissão: de bar
Endereço: con. Rivaldo Paulo de Tavo Ad.0 Nº 09
Bairro: Sto. M^o do Espírito Cep: _____ Cidade/UF: Teresina-Piauí
Telefone: (86) 98804-7870 () _____

OUTORGADO:

Nome: Keylly Moura de Oliveira
RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

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

Vítima: Lidiane da Silva Cunha
CPF: 015.792.723-71 Data do Acidente: 13/05/19

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teresina - Piauí 19.09.19
Local e data
Lidiane da Silva Cunha
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS	
Rua Lúcio Nogueira, 1221 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI, Fone: (86) 3221-6100 E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br	
Título: <u>Cartório de Notas de Sampaio Pereira</u>	
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LIDIANE DA SILVA CUNHA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.	CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Teresina-PI, 19/09/2019.	CONSULTE O SELCO DIGITAL
www.tjpi.jus.br/portalextra	
Jessica Aline de Meneses Silva - ESCRIVENTE AUTORIZADA	
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 115	
PROCURAÇÃO PARTICULAR	
	CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Jéssica Aline de Meneses Silva Escrivente Autorizada Teresina - PI



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337910/19

Vítima: LIDIANE DA SILVA CUNHA

Data do acidente: 13/05/2019

CPF: 015.792.723-71

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LIDIANE DA SILVA CUNHA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

LIDIANE DA SILVA CUNHA : 015.792.723-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/09/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/09/2019
Nome: PAOLA LARISSA BREDÁ
CPF: 071.930.319-29

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

PAOLA LARISSA BREDÁ

