

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, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190579196

Vítima: JAIRANIA CUNHA SOUSA

Data do Acidente: 09/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAIRANIA CUNHA SOUSA

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



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, 27 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190579196 **Vítima: JAIRANIA CUNHA SOUSA**

Data do Acidente: 09/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAIRANIA CUNHA SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JAIRANIA CUNHA SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 29

Conta: 0000084422-5

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 31 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190579196** **Vítima: JAIRANIA CUNHA SOUSA**

Data do Acidente: 09/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAIRANIA CUNHA SOUSA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 31/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

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, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190579196 **Vítima: JAIRANIA CUNHA SOUSA**

Data do Acidente: 09/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAIRANIA CUNHA SOUSA

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\$ 222,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Complemento por reanálise 6.6%

% Invalidez Permanente DPVAT: (6.6% de 25%) 1,65%

Valor a indenizar: 1,65% x 13.500,00 = R\$ 222,75

Recebedor: JAIRANIA CUNHA SOUSA

Valor: R\$ 222,75

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000084422-5

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.

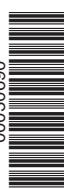
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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

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

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: 060.411.693.405 Jairanies Lúnica Souza

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: Jairanies Lúnica Souza

7 - Profissão: Caiolar 8 - Endereço: Rua: Araquápoz

6 - CPF: 060.411.693.40

9 - Número: 2137

10 - Complemento:

11 - Bairro: Sítio. Ma da Codipi 12 - Cidade: Terezina

13 - Estado: PI

14 - CEP: 64.012.550

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD): (86) 994729591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029 013 CONTA: 84422 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizado) 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura da testemunha

45 - Assinatura da testemunha

46 - Assinatura da testemunha

47 - Assinatura da testemunha

48 - Assinatura da testemunha

49 - Assinatura da testemunha

50 - Assinatura da testemunha

51 - Assinatura da testemunha

52 - Assinatura da testemunha

53 - Assinatura da testemunha

54 - Assinatura da testemunha

55 - Assinatura da testemunha

56 - Assinatura da testemunha

57 - Assinatura da testemunha

58 - Assinatura da testemunha

59 - Assinatura da testemunha

60 - Assinatura da testemunha

61 - Assinatura da testemunha

62 - Assinatura da testemunha

63 - Assinatura da testemunha

64 - Assinatura da testemunha

65 - Assinatura da testemunha

66 - Assinatura da testemunha

67 - Assinatura da testemunha

68 - Assinatura da testemunha

69 - Assinatura da testemunha

70 - Assinatura da testemunha

71 - Assinatura da testemunha

72 - Assinatura da testemunha

73 - Assinatura da testemunha

74 - Assinatura da testemunha

75 - Assinatura da testemunha

76 - Assinatura da testemunha

77 - Assinatura da testemunha

78 - Assinatura da testemunha

79 - Assinatura da testemunha

80 - Assinatura da testemunha

81 - Assinatura da testemunha

82 - Assinatura da testemunha

83 - Assinatura da testemunha

84 - Assinatura da testemunha

85 - Assinatura da testemunha

86 - Assinatura da testemunha

87 - Assinatura da testemunha

88 - Assinatura da testemunha

89 - Assinatura da testemunha

90 - Assinatura da testemunha

91 - Assinatura da testemunha

92 - Assinatura da testemunha

93 - Assinatura da testemunha

94 - Assinatura da testemunha

95 - Assinatura da testemunha

96 - Assinatura da testemunha

97 - Assinatura da testemunha

98 - Assinatura da testemunha

99 - Assinatura da testemunha

100 - Assinatura da testemunha

101 - Assinatura da testemunha

102 - Assinatura da testemunha

103 - Assinatura da testemunha

104 - Assinatura da testemunha

105 - Assinatura da testemunha

106 - Assinatura da testemunha

107 - Assinatura da testemunha

108 - Assinatura da testemunha

109 - Assinatura da testemunha

110 - Assinatura da testemunha

111 - Assinatura da testemunha

112 - Assinatura da testemunha

113 - Assinatura da testemunha

114 - Assinatura da testemunha

115 - Assinatura da testemunha

116 - Assinatura da testemunha

117 - Assinatura da testemunha

118 - Assinatura da testemunha

119 - Assinatura da testemunha

120 - Assinatura da testemunha

121 - Assinatura da testemunha

122 - Assinatura da testemunha

123 - Assinatura da testemunha

124 - Assinatura da testemunha

125 - Assinatura da testemunha

126 - Assinatura da testemunha

127 - Assinatura da testemunha

128 - Assinatura da testemunha

129 - Assinatura da testemunha

130 - Assinatura da testemunha

131 - Assinatura da testemunha

132 - Assinatura da testemunha

133 - Assinatura da testemunha

134 - Assinatura da testemunha

135 - Assinatura da testemunha

136 - Assinatura da testemunha

137 - Assinatura da testemunha

138 - Assinatura da testemunha

139 - Assinatura da testemunha

140 - Assinatura da testemunha

141 - Assinatura da testemunha

142 - Assinatura da testemunha

143 - Assinatura da testemunha

144 - Assinatura da testemunha

145 - Assinatura da testemunha

146 - Assinatura da testemunha

147 - Assinatura da testemunha

148 - Assinatura da testemunha

149 - Assinatura da testemunha

150 - Assinatura da testemunha

151 - Assinatura da testemunha

152 - Assinatura da testemunha

153 - Assinatura da testemunha

154 - Assinatura da testemunha

155 - Assinatura da testemunha

156 - Assinatura da testemunha

157 - Assinatura da testemunha

158 - Assinatura da testemunha

159 - Assinatura da testemunha

160 - Assinatura da testemunha

161 - Assinatura da testemunha

162 - Assinatura da testemunha

163 - Assinatura da testemunha

164 - Assinatura da testemunha

165 - Assinatura da testemunha

166 - Assinatura da testemunha

167 - Assinatura da testemunha

168 - Assinatura da testemunha

169 - Assinatura da testemunha

170 - Assinatura da testemunha

171 - Assinatura da testemunha

172 - Assinatura da testemunha

173 - Assinatura da testemunha

174 - Assinatura da testemunha

175 - Assinatura da testemunha

176 - Assinatura da testemunha

177 - Assinatura da testemunha

178 - Assinatura da testemunha

179 - Assinatura da testemunha

180 - Assinatura da testemunha

181 - Assinatura da testemunha

182 - Assinatura da testemunha

183 - Assinatura da testemunha

184 - Assinatura da testemunha

185 - Assinatura da testemunha

186 - Assinatura da testemunha

187 - Assinatura da testemunha

188 - Assinatura da testemunha

189 - Assinatura da testemunha

190 - Assinatura da testemunha

191 - Assinatura da testemunha

192 - Assinatura da testemunha

193 - Assinatura da testemunha

194 - Assinatura da testemunha

195 - Assinatura da testemunha

196 - Assinatura da testemunha

197 - Assinatura da testemunha

198 - Assinatura da testemunha

199 - Assinatura da testemunha

200 - Assinatura da testemunha

201 - Assinatura da testemunha

202 - Assinatura da testemunha

203 - Assinatura da testemunha

204 - Assinatura da testemunha

205 - Assinatura da testemunha

206 - Assinatura da testemunha

207 - Assinatura da testemunha

208 - Assinatura da testemunha

209 - Assinatura da testemunha

210 - Assinatura da testemunha

211 - Assinatura da testemunha

212 - Assinatura da testemunha

213 - Assinatura da testemunha



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003725/2019-36

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Alberto Da Silva Reis

Data/Hora: 27/09/2019 - 11:54

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

09/07/2019 - 08:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA CHICO CONRADO, N°:

Complemento

Bairro

SANTA MARIA

Ponto de Referência

PRAÇA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JAIRANIA CUNHA SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3530415

Mãe: MARIA LINDALVA CUNHA

Endereço: RUA DOIS Q-L C-04, N°

Bairro: SANTA MARIA

Cidade: TERESINA

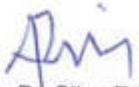
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

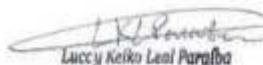
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A NOTICIANTE QUE POR VOLTA DAS 8h30min. DO DIA 09.07.2019 OCORREU UM ACIDENTE DE TRANSITO(QUEDA DE MOTO COM VÍTIMA) NA RUA CHICO CONRADO NA PRAÇA ENVOLVENDO O VEÍCULO MOTO HONDA/CG 160 FAN ESDI PLACA PIN-5881, RENAVAM 1077447717, COR PRETA EM NOME DE EMERSON PEREIRA DA ROCHA, CONDUZIDA PELO PROPRIETÁRIO JÁ CITADO(NÃO APRESENTOU HABILITAÇÃO), RELATA A NOTICIANTE E PASSAGEIRA DA MOTO QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO ACIMA CITADO TRAFEGAVA NA VIA JÁ MENCIONADA E VEIO A DERRAPAR NA PISTA E CAIU OCORRENDO ASSIM O ACIDENTE, TENDO SAIDO COMO VÍTIMA NESTE ACIDENTE, JAIRANIA CUNHA SOUSA, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO DO HUT 516349


Alberto Da Silva Reis - Mat.
AGENTE DE POL


JAIRANIA CUNHA SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação


Luccy Keiko Leal Paraíba
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

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: 060.411.693.405 Jairanies Lúnha Souza

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: Jairanies Lúnha Souza

6 - CPF: 060.411.693.405

7 - Profissão: casal 8 - Endereço: Rua: Araquápoz

9 - Número: 2137

10 - Complemento:

11 - Bairro: Sítio. Ma da Codipi 12 - Cidade: Terezina

13 - Estado: PI

14 - CEP: 64.012.550

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD): (86) 994729591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0029 013 CONTA: 84422 5

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

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizado)

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

Terezina - Piauí 09.10.19 Jairanies Lúnha Souza Kelly Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 22/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAIRANIA CUNHA SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 00000084422-5

Nr. da Autenticação FE891248CCD13AF7

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: 21/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 222,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAIRANIA CUNHA SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 00000084422-5

Nr. da Autenticação 1D1C4F98BA8ED117

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SIEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 026784719

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

CONTAS MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	11-09-2019	30	43,43

MARIA LINDALVA CUNHA
R. ARAGUAPOAZ 2137 2137 SANTA MARIA DA CODIP
CPF: 00052087280363
CEP: 64.012-550 - TERESINA

ROT: 4.001.48.37.041500

DATA DA LEITURA	DATA
Atual:	04/09/2019
Anterior:	05-08-2019
Constante de Multiplicação:	04-10-2019
Consumo Médio:	03-09-2019
Consumo Faturado:	04-09-2019

Forma de Faturamento:	TAXADO	Código de Início de Faturamento:	Dias de Consumo:
-----------------------	--------	----------------------------------	------------------

DATA DA UNIDADE CONSUMIDORA	DATA
-----------------------------	------

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Faz.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO			1.4.1.1	0
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo	CONSUMO	30 A R\$ 0,238718 =	7,16		
AGO/19	0	DIFERENÇA DE TARIFA	13,30		
JUL/19	0	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	12,26		
JUN/19	0	DESC. S/MULTA PARCELM. 1/24	0,72		
MAI/19	0	DESC. S/JUROS PARCELM. 1/24	11,15		
ABR/19	0	DESC. S/COR. MON.PARCELA 1/24	7,37		
MAR/19	0	PARCELMAMENTO DE DEBITO 1/24	54,47		
FEV/19	0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,40		
JAN/19	0				
DEZ/18	0				
NOV/18	0				
TARIFA SEM TRIBUTOS: 9 A 30 - 0,219368					

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

* OCORRÊNCIA: LIGADO DIRETO S/ PADRÃO E SEM MEDIDOR -
LIGUE 0800 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 03-09-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode optar pelas opções de vencimento da sua fatura com: 01 05 10 15 20 25 26 30 31. Envie um e-mail para: equatorial@equatorial.com.br ou entre em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO

CONFIDENCIAL

Distribuição:	5,53	Base de Cálculo:	20,46
Energia:	10,65	Aliquota ICMS:	
Transmissão:	1,80	Valor do ICMS:	
Encargos:	0,88	Valor do PIS:	
Tributos:		Valor do COFINS:	1,40% 0,28

CONFIDENCIAL

CONFID

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
Regime especial de impressão autorizada pela SFAZ/PI/98

Nº da Nota Fiscal 027701995

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	162	164,27

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA		KWH	DATAS DA LEITURA	
Atual:	13692		Atual:	24/09/2019
Anterior:	13530		Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1.000		Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:	162	FCAM	Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:	162		Apresentação:	24/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL		Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fct.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	162 A R\$ 0,912203 = 147,77
AGO/19	158	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COISIP)	12,74
JUL/19	151	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00	0,01
JUN/19	154	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00	0,16
MAI/19	140	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00	0,24
ABR/19	143	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00	0,03
MAR/19	153	MULTA POR ATRASO 08/19-00	2,89
FEV/19	204	JUROS POR ATRASO 08/19-00	0,43
JAN/19	133	JUROS POR ATRASO 08/19-00	6,47
DEZ/18	136	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	
NOV/18	160		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
8 R 162 - 0,655318

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode optar pelas opções de vencimento dia 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, informando sempre seu motivo da escolha em seu ato de identificação.

RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77
Energia:	60,00	Aliquota ICMS:	115,26
Transmissão:	10,14	Valor do ICMS:	22,00%
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	32,50
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	1,40%
		Valor do CORF:	1,62
		Valor do CORF:	6,49%
		Valor do CORF:	7,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DÍC			PÍC			DMIC		DÍCII	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal	
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03			
Realizado	0,00			0,00			0,00			
Conjunto	TERESINA-MACALIBA			Período de aprovação: 07/2019			R\$ 3,46			

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO

0051867-0

TOTAL A PAGAR - R\$

164,27

equatorial
ENERGIA

MÊS FATURADO

09/2019

VENCIMENTO

01/10/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM

83620000001 3 64270017000 3 00000000051 3 86700919008 5



SEQ.: 00340 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 13692 NORMAL TOTAL: 164,27 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072

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)
 Capitalas 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Meire de Oliveira
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303.00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jaironius Cunha Soeiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.411.693.40,
 do sinistro de DPVAT cobertura Trabalho da Vítima Jaironius Cunha Soeiro,
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.411.693.40, 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>Fentio</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado:	<u>PI</u>	CEP:	<u>64.000.902</u>
E-mail:						Tel.(DDD):	<u>(86) 99472-9591</u>

Local e Data: Teresina - Piauí 09.10.15

Keylly Meire de Oliveira
 Assinatura do Declarante



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 01- SD- 1213	02 Data do chamado 09/01/2019	03 PRO (código) 2898	04 Saída do PA 08:25	05 Chegada ao local 08:38
	06 Saída do local 09:00	07 Chegada ao 1º hospital 09:28	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Chico Conrado - Via pública - 11 Bairro Pg. Firmino Filho 13 Ponto de referência Praça				
do Paciente	12 Município-UF THE - PI Código IBGE				
do Ocorrencia	14 Nome Jaililone Cunha Sousa 16 Idade 1.11.93 1-Dia 25 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado Se idade ignorada, preencha com 999 17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 02 - Agressão física-espancamento 07 - Envenenamento 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Exame rískico	19 Vítima 1 - Pedestre 20 Meio de locomoção 2 - Condutor 1 - A pé 5 - Ônibus/Micro-ônibus 3 - Passageiro 2 - Automóvel 6 - Outro 9 - Ignorado 3 - Motocicleta 9 - Ignorado 4 - Bicicleta 21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 5 - Objeto fixo 2 - Motocicleta 6 - Animal 3 - Ônibus/Micro-ônibus 7 - Outra 4 - Bicicleta 9 - Ignorado 22 Equipamentos de segurança Capacetes Airbag Cinto de segurança Assento para criança				
Assistência	23 Glasgow = 15 RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - Orientada 3 - À voz 4 - Confusa 2 - À dor 3 - Palavras inapropriadas 1 - Nenhuma 2 - Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma RESPOSTA MOTORA 1 - Obeedece a comandos 5 - Localiza dor 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum 24 Sinais Vitais Pulso 68 Resp. 20 PA 100 x 60 TAX. 91 Sat02 91				
Hospital de Destino	26 Pupilas 29 9 1 - Igualas 2 - Desiguais 27 Pulso Radial 1 Central 1 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 7 Moderada 10 Intensa 28 Sangramento 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não Sim Exposta Fechada 2 - Não 3 - Suspeito 25 Local da lesão				
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 1 Aspiração 1 Glicemia 2 Oxigênio 1 Prancha longa/curta 1 Acesso Venoso 2 Curativos 2 Colar cervical 1 Reanimação cardiopulmonar 2 Medicamentos a) 2 Kred 2 Assistência obstétrica b) c) 32 Hospital de Destino H.U.T. 33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Malterado 34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte Não Removido				
<p>Pete ♀ 25 anos, ABO RH O+, vítima de queda de moto - gênero - apresentando fratura fechada em tibia e fibula; Abordada pela equipe de APH caída ao solo em D.P. em via pública, capacete já removido; Transportado em maca + protetor de immobilização + monitorização FC e SpO₂, e conduzido ao HUT para avaliação tópica/traumatologia; NEGA: dor, vômitos, vertigens, cefaleia, dispepsia, náusea, vômitos, constipação, comorbidades, alergia medicamentosa; INFORMA: ingestão líquida e sólida às 01:30h da presente data, possibilidade de gravidez com amenização há 02 meses.</p>					
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro Condutor	
Socorro de M. de Souza		Marcos S. de Moraes Oliveira		R. Ney	
Versão: 27.11.2011 COREN-PIN 411076-TE					



NOME DO PACIENTE: giovania Cunha Sára

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 5163 49

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



BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 09/07/2019 09:44:25
 (User: FERNANDO COUTO)
 (Estação: GESS002)

NETE GOMES

Nome: JAIRANIA CUNHA SOUSA

Prontuário: 516349

Mãe: MARIA LINDALVA CUNHA

Pai:

End. Resid.: RUA 02 QD L CS 04 - PARQUE WALL FERRAZ - TERESINA - PI - CEP: 64000-010

Nascimento: 07/11/1993

Idade: 25a8m2d

Sexo: Feminino

Fone: 86-94273-148

Responsável: MARIA LINDALVA CUNHA

CNS: 700008218245906

Profissão: ATENDENTE

Documento: CPF: 060.411.693-40

Instrução: Não informado

E.Civil: União Estável

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 730233

Entrada: 09/07/2019 09:27:34

Convênio: S U S

Proced: 0301060061

Motivo da Procura

(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU

LJS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Deformidade grosseira	Amarelo

Breve História Clas. Risco:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15. REFERE DOR EM MIE. AFIRMA POSSIBILIDADE DE GRAVIDEZ. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA

SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA

COREN - 207590

Em: 09/07/2019 09:40:44

SSVV:

(Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg
---------------	----------------	-----------------------------	---------	---------------

Sintoma Principal / Dados Clínicos / Conduta:

trauma em mie

rx/retrono

RAIO-X REALIZADO
 DATA / / HORA
 TÉCNICO: _____

Diagnóstico Inicial:

?

582.2
 0908050500

CID:

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

Dr. Fábio Antônio de Macedo Neto
 ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
 CRM-PI 12.984
 CRAS-PI 3847

DATA: / /

HORA: / /

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
 CRM-PI 1467 Em: 09/07/2019 09:44:24

*Manoel Luís Mendes de Mesquita
 SAMU HUT
 CONFIRMAÇÃO ORIGINAL*

Motivo da Alta/Encerramento:

Internação nesta Unidade

Maria Lindalva Cunha

Assinatura Paciente ou Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

237/217 - workers

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

222214

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES
5828856Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES
5828856

242743

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JAIRANIA CUNHA SOUSA

6 - Prontuário: 516349

7-CNS: 700008218245906 8-Nascimento: 07/11/1993 9-Sexo: Feminino 10-CPF: 060.411.693-40

11-Mãe: MARIA LINDALVA CUNHA

12-Fone: 86-94273-148

-Resp: MARIA LINDALVA CUNHA

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: RUA 02 QD L CS 04 - PARQUE WALL FERRAZ - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Fratura de pilão tibial (E) após
trauma,

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de fixação cirúrgica

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

Rx - Exer. Físico

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal da tibia

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

S823

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408050543

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL

Tempo

Lao-Tse Frontiers
TRAUMATOLOGIA EORTORELDA
CRM-PI 2160 SBOT 10306

29-Clinica:

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

02

01

CPF

746.635.933-72

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

09/07/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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 - Vínculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SALAR HUT
COMM O ORIGINAL

48-Documento: 49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ANTONIO EURIVAN)

Consulta Local: 730233

Consulta SUS:

Impressão: 11/07/2019 10:07:25

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 11 / 07 / 19

NOME DO PACIENTE:	Jairinho Lumbu Sousa			PRONTUÁRIO Nº:	516349
DIAGNÓSTICO:				CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Raque			Nº DA SALA:	05
CIRURGIA:	Dr. Léo-Tsige Frontiers Léo-Tsige Frontiers TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA CRM-PI 2660 SBOT 10306			CPF Nº:	
AUXILIAR:				CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dr. Rafael			CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Glaucileide			CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	24	UNID.	01
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		eletrôdor	"	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				lerepon	"	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	Neuvo		
PROLENE							

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 100
ISAME - 007
CONFIRME COM O ORIGINAL

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Tairanis Lenha Sousa

Nº AIH: 0242743

Nº do Prontuário: 516349 Data da Internação: / /

Procedimento Médico Realizado: 0408050543

Indicador de Compatibilidade: 0702030406

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Jair - Tse'

CRM N° _____ CPF N° _____

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 11/07/19 DATA DA ALTA: _____ / _____ / _____

Código Ropm Nº	Descrição do Material (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
Cx-131	Ol fixador externo linear

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 11 de Julho de 2019

Nome do Hospital: HUT Zenon Rech

C.N.P.J: 00.000.000/0000-00

Assinatura:

Cargo: **Joana Lúcia Matos** - **NAME - HUI** - **MO ORIGIN**

Nome: Julia CONFERMA

Joana Lúcia Mendes de Melquida
Matrícula: 47390
NAME - NUT
CONFERE COM O ORIGINAL



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

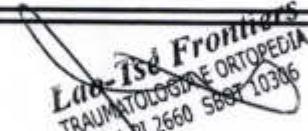
Identificação do Estabelecimento de Saúde

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	242743

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JAIRANIA CUNHA SOUSA	6 - Prontuário: 516349
7-CNS: 700008218245906	8-Nascimento: 07/11/1993
9-Sexo: Feminino	10-CPF: 060.411.693-40
11-Mae: MARIA LINDALVA CUNHA	12-Fone: 86-94273-148
13-Resp: MARIA LINDALVA CUNHA	14-Fone: 86-94273-148
15-Ender: RUA 02 QD L CS 04 - PARQUE WALL FERRAZ - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100
	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050543	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL
31-Cod.Procedimento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR
Quant. Soli-cidada: 1	
Fornecedor da OPM: PIMMES	
38-Profissional Responsável: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 11/07/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 746.635.933-72
 LAO TSE FRONTIERS TRAUMATOLOGIE ORTOPEDIA CRM-PI 2660 SB01 1036	
41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Rotura c/ Fratura de Pilão tibial c/
edera + articular. Necessitado de Fixador.
Externo pr controle de Dor.*

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:
	<u> </u>	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(ANTONIO EURIVAN)

*Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47380
SAÚDE HUT
CONFERE COM O ORIGINAL*



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 14/07/19

NOME DO PACIENTE:		Joairina Lúcia Souza		PRONTUÁRIO Nº:	51 6349
DIAGNÓSTICO:		fract. fíbia (6) com inativa		CIRURGIA:	Rafael
ANESTESIA:		Raque		Nº DA SALA:	01
CIRURGIA:		autógena		CPF Nº:	
AUXILIAR:		Dr. Hugo		CPF Nº:	
ANESTESIA:		Dr. Jairo		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:		Ranna		CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	24	UNID.	01
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5		PAR	03
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,0		PAR	02
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO		PAR	10
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE		ML	100
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO		ML	100
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA		ML	-
COMPRESSA	PAC.	0		SERINGA 20CC		UNID.	01
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC		UNID.	01
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC		UNID.	-
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC		UNID.	-
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO		FRASCO	0
GASES	PAC.	0		SONDA URETRAL		UNID.	
JELCO Nº	UNID.			eletrodo	11	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				erupção	"	0	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	20	0					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	4	02		CIRCULANTE:	Levado		
PROLENE							

Joana Lúcia Matheus de Melo
 119922-47360
 SAME - MAT
 CORRERÉ COM O ORIGINAL



Braga & Braga

Importação e Exportação

0660

ExN-8

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198			
FABRICANTE :	Prontuário:				
PACIENTE:	Jairanira cunha luna				
RG.HOSPITAL:	HUT				
DATA:	14/07/19	ALTA:	USADO:		
PROCEDIMENTO:	frat. tibia (E)				
MEDICO:	Dr. Leoradio				
Produtos Utilizados/Implantados:					
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote	QTD	

01 placa DCP 4,5 intratu			01
07 pranajusos			07

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: 14/07/19

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento

José Luis Mendes de Mesquita
Médico - 4730
SAMU HUT
CONFERE COM ORIGINAL



**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	243097

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JAIRANIA CUNHA SOUSA	6 - Prontuário: 516349
7-CNS: 700008218245906	8-Nascimento: 07/11/1993
9-Sexo: Feminino	CPF: 060.411.693-40
11-Mãe: MARIA LINDALVA CUNHA	12-Fone: 86-94273-148
13-Resp: MARIA LINDALVA CUNHA	14-Fone: 86-94273-148
5-Ender: RUA 02 QD L CS 04 - PARQUE WALL FERRAZ - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050500	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
31-Cod.Procedimento Especial 0702030902	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)
Quant. Solicidada: 1	

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável: LEOCÁDIO SOARES DA SILVA	40-Tp. Documento: CPF	Dr. LEO SOARES DA SILVA 01-Nome: LEO SOARES DA SILVA 02-CPF: 1446912312409 03-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 14/07/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 892.673.703-91	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

O OSTEOSSINTOSE DE TÍBIA É

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)

(KARLA BATISTA)

*Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAE/HUT
CONFERE COM O ORIGINAIS*

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	242743

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JAIRANIA CUNHA SOUSA	6 - Prontuário: 516349		
7-CNS: 700008218245906	8-Nascimento: 07/11/1993	9-Sexo: Feminino	CPF: 060.411.693-40
11-Mãe: MARIA LINDALVA CUNHA			12-Fone: 86-94273-148
13-Resp: MARIA LINDALVA CUNHA			14-Cor: Sem Informação
15-Ender: RUA 02 QD L CS 04 - PARQUE WALL FERRAZ - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Fraus a Tm
h cuspis

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura tibia

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

Ex fraco / h

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tibia

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

S822

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050500	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	Tempo SUS: 4
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01
	32-Doc. Méd. Solic.: 004.798.243-80	33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO
		34-Data Solicitação: 09/07/2019

*Dr. Raúl Ruben de Macedo Neto
ORTOP/TRAUMATOLOGIA
TEOT 12 994
CRM-PI 3849
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 - Vínculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	<i>Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SME-HUT COM O ORIGINAL</i>
48-Documento:	49-Num. Documento:	
()CNS ()CPF		

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Camila Norberta

Usuário: (CAMILA NORBERTA)

Consulta Local: 730233

Consulta SUS:

Impressão: 09/07/2019 10:25:45

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente		Jairanice Cabelo Soárez	
Diagnóstico pré-operatório		Fratura de Rótulo Tibial ()	
Operação - Tipo		Fixação Externa Fratura de Rótulo ()	
Cirurgião	Dr. Jair Soárez TSE	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			

Data da Operação	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	Fratura de Rótulo Tibial () c/ Edema e fístula em reparo	

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)	
1) Piso DDI sob rotação 2) Artisísmo + Artrófisi + colocação expa 3) Passagem de Pinos Shantz + Redução Fracuter + colocação de Fixador Externo 4) Revisão de Artéria + Cervelos	

Solicitado USG gástrico pós-procedimento	
--	--

Dr. Jair Soárez Fronfieri
 TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA
 CRM 6.2065 - 307.10306
 Jonaíris Mendes da Mesquita
 SAME 2000
 CONFIRME COM ORIGINAL

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

JAIKANA CUNHA Sousa

Diagnóstico pré-operatório

FRACT. DIAP. COMINUTIVA TIBIA (E).

Operação - Tipo

RADI

Cirurgião

1º Assistente

Dr. Hugo.

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Dr. Leot. L. SANTOS
Otorrinolaringologista
CRM-PI 14460 / CRF-PI 12403

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Fazimento de SASH, sob anestesia. Retrato fix. OFURNO
- 2) Exame de MIE. Anestesia + anti-septico.
- 3) Posição ant. medial + distal + RADI com placa 'X' P estanca ferida.
- 4) Sinc com SFO 5%.
- 5) Sutura + Curativo
- 6) Retirada janota com BPD.
- 7) A CRPA

Dr. Leot. L. SANTOS
Otorrinolaringologista
CRM-PI 14460 / CRF-PI 12403

João Luiz Mendes de Mesquita
Assinatura: 7380
CONFIRMO O ORIGINAL
HUT



Clinica Ortopédica Buenos Aires

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires
Fones: (86) 3214-1600 - CEP 64.009-330 - Teresina-Piauí
E-mail: clinicacob@hotmail.com

Sr(a). JAIRANIA CUNHA SOUSA

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 09/07/2019
BO=100203.003725/2019-36

HD= FRATURA DE TIBIA DISTAL E
(PILAO TIBIAL E)

FEITO OSTE OSSINTSE DE FRATURA
DA TIBIA E DISTAL

EF= DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM
TORNOZELO E
FD=7,5 ;FP=12,5;AB=7,5;AD=7,5 GRAUS

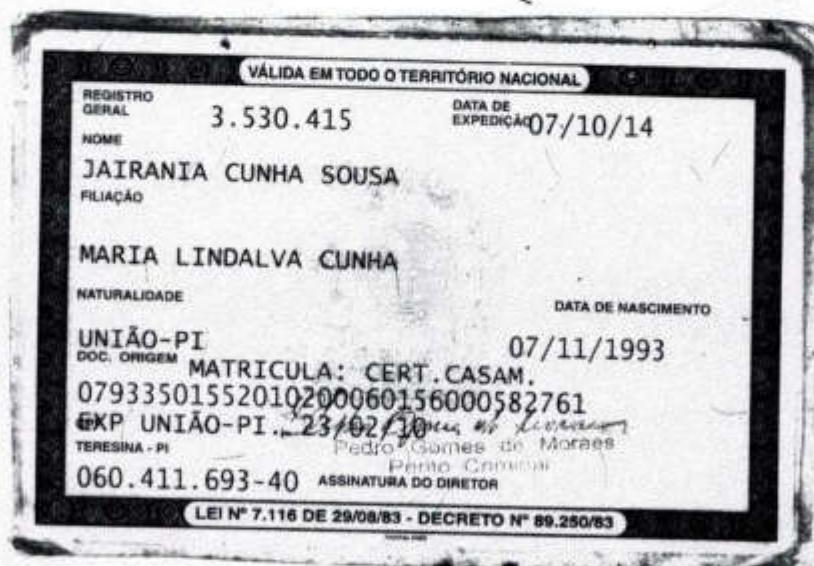
RX Perna e 2P FRAT DE TIBIA DISTAL E

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 75 % EM TORNOZELO E

Teresina 24 de Outubro de 2019

Dr. Edmar de Souza Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294
TEAT 0054

Dr. Edmar de S Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313-PI





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190579196 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIRANIA CUNHA SOUSA **Data do acidente:** 09/07/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 7,10,14,15.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190579196 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIRANIA CUNHA SOUSA **Data do acidente:** 09/07/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE TIBIA DISTAL ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 7,10,14,15.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA NO SINISTRO ATUAL EM 25% PARA O MIE.
FEITO REAJUSTE PARA INTENSO EM TORNOZELO ESQUERDO CONFORME LAUDO MÉDICO PELO DR EDMAR DE S LIMA JUNIOR, CRM 2313-PI, NA DATA DE 24/10/2019.

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 tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 6,6 %	1,65%	R\$ 222,75
		Total	1,65 %	R\$ 222,75