
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

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, 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



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



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, 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: 660.411.693-40 4 - Nome completo da vítima: Jaironias Cunha Sousa

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

5 - Nome completo: Jaironias Cunha Sousa 6 - CPF: 660.411.693-40
7 - Profissão: Cão de rua 8 - Endereço: Rua: Anaquepuz 9 - Número: 2137 10 - Complemento:
11 - Bairro: Sta. Maria da Boa Vista 12 - Cidade: Teresina 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: 0009 013 CONTA: 84422 5

☐ 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 09.10.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA CHICO CONRADO, Nº:

Complemento

Data/Hora

09/07/2019 - 08:30

Bairro

SANTA MARIA

Ponto de Referência

PRAÇA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JAIRANIA CUNHA SOUSA

RG: 3530415

Mãe: MARIA LINDALVA CUNHA

Endereço: RUA DOIS Q-L C-04, Nº

Bairro: SANTA MARIA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante


NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA


Natureza(s) da Ocorrência

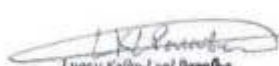
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

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, RENAVAL 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 SAÍDO 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 Parafra
Delegada Geral de 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: 060.411.693-40 4 - Nome completo da vítima: Jaironir Cunha Sousa

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

5 - Nome completo: Jaironir Cunha Sousa 6 - CPF: 060.411.693-40
7 - Profissão: Cozinheiro 8 - Endereço: Rua: Anaquapoz 9 - Número: 2137 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Sto. Ma da Boa Vista 12 - Cidade: Teresina 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: 0009 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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 09.10.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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: 000000084422-5

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: 000000084422-5

Nr. da Autenticação 1D1C4F98BA8ED117

equatorial
ENERGIACOMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - 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 autorizado pela SETAZ 06/98Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!!

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal 026784719

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

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

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

ROT: 4.001.48.37.041500

Atual:	04/09/2019
Anterior:	05-08-2019
Constante de Multiplicação:	Próxima Leitura: 04-10-2019
Consumo Medido:	Emissão: 03-09-2019
Consumo Faturado: 30 FCAM	Apresentação: 04-09-2019
Forma de faturamento: TAXADO	Dias de Consumo: 30
Código de Irregularidade:	

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Pat.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO			1.4.1.1	0

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/19 0	CONSUMO 30 A R\$ 0,238718 = 7,16
JUL/19 0	DIFERENÇA DE TARIFA 13,30
JUN/19 0	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA 12,26-
MAI/19 0	DESC. S/MULTA PARCELAM. 1/24 0,72-
ABR/19 0	DESC. S/JUROS PARCELAM. 1/24 11,15-
MAR/19 0	DESC. S/COR. MON. PARCELA 1/24 7,37-
FEV/19 0	PARCELAMENTO DE DÉBITO 1/24 54,47
JAN/19 0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,40
DEZ/18 0	
NOV/18 0	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 30 - 0,219660	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

* OCORRÊNCIA: LIGADO DIRETO SEM PADRÃO E SEM MEDIDOR -
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA CPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 03-09-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode obter estas datas de vencimento de sua fatura nos dias 11/10, 11/20 e 11/30, sempre após o prazo por meio das nossas centrais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO

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

	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Transmissão	5,19	10,39	20,77	3,30	6,60	13,20	2,94
Consumo	0,00			0,00			0,00
POTY						07/2019	3,43

ROT: 4.001.48.37.041500

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

equatorial
ENERGIA0548351-4
MÊS FATURADO43,43
VENCIMENTOCOMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-509/2019
Nº da Nota Fiscal:

11-09-2019

026784719 FCAM

83610000000 6 43430017000 9 000000000548 8 35140919008 6

SEQ.: 00316 UC: 0548351-4 DT.LEIT.: 04/09/2019 T.ENTR.: 03
LEITURA: 9999999 TAXADO TOTAL: 43,43 CARGA: 018
DT.VENC.: 11-09-2019 IRREG.: 021 COLETOR: 0951

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 08/98

Nº da Nota Fiscal 027701995

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 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		DADOS 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	Emissão:	23/09/2019
Consumo faturado:	162	Apresentação:	24/09/2019
Forma de faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29
Código de Irregularidade:			

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

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

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 162 - 0,655310

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.

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

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			PIC			DMC	DMCII
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	TERESINA-MACAUBA						Período de apuração:	07/2019 RUSD: 53,46

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0051867-0	164,27
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
09/2019	01/10/2019
Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM	

83620000001 3 64270017000 3 000000000051 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)
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/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 Maura de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Saironius Cunha Sampaio inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.411.693/40

do sinistro de DPVAT cobertura Fortuito da Vítima Saironius Cunha Sampaio

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>Centro</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000.902</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99472-9591</u>

Local e Data: Teresina - Piauí 09.10.15

Keylly Maura de Oliveira

Assinatura do Declarante



Dados do Chamado	01 N° do chamado 01-50-1213	02 Data do chamado 09/01/2019	03 PRO (código) 2898	04 Saida do PA 08:25	05 Chegada ao local 08:38
	06 Saida do local 09:00	07 Chegada ao 1° hospital 09:28	08 Saida do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Chico Conrado - Via pública -				
	11 Bairro Pg. Firmino Filho				
	12 Município-UF THER-PI	Código IBGE			
D. do Paciente	13 Ponto de referência Praça				
	14 Nome Jailione Cunha Sousa				
Tipo de Ocorrência	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino <input type="checkbox"/> 9-Ignorado				
	16 Idade 7.11.93 <input type="checkbox"/> 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado Se idade ignorada, preencha com 999				
Acidente de Transporte	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado				
	18 Tipo de ocorrência <input checked="" type="checkbox"/> 01 - Acidente de transporte <input type="checkbox"/> 02 - Agressão física-espantamento <input type="checkbox"/> 03 - Agressão física-FAF <input type="checkbox"/> 04 - Agressão física-FAB <input type="checkbox"/> 05 - Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> 06 - Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> 07 - Envenenamento <input type="checkbox"/> 08 - Afogamento <input type="checkbox"/> 09 - Queimadura <input type="checkbox"/> 10 - Choque elétrico <input type="checkbox"/> 11 - Queda <input type="checkbox"/> 12 - Urgência clínica <input type="checkbox"/> 13 - Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> 14 - Transferência <input type="checkbox"/> 15 - Exames complementares <input type="checkbox"/> 16 - Outros <input type="checkbox"/> 17 - Já removido <input type="checkbox"/> 18 - Falso chamado				
Exame Físico	19 Vítima <input type="checkbox"/> 20 Meio de locomoção <input type="checkbox"/> 1 - Pedestre <input type="checkbox"/> 2 - Condutor <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Passageiro <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 1 - A pé <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 - Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 6 - Outro <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				
	21 Outra parte envolvida <input type="checkbox"/> 1 - Automóvel <input type="checkbox"/> 2 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 - Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 - Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 - Animal <input type="checkbox"/> 7 - Outra <input checked="" type="checkbox"/> 9 - Ignorado				
Assistência	22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança				
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Espontânea <input type="checkbox"/> 2 - À voz <input type="checkbox"/> 3 - À dor <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Orientada <input type="checkbox"/> 2 - Confusa <input type="checkbox"/> 3 - Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 4 - Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Obedece a comandos <input type="checkbox"/> 2 - Localiza dor <input type="checkbox"/> 3 - Movimento de retirada <input type="checkbox"/> 4 - Flexão anormal <input type="checkbox"/> 5 - Extensão anormal <input type="checkbox"/> 1 - Nenhum				
Hospital de Destino	24 Sinais Vitais Pulso 68 Resp. 20 PA 100x60 TAX. SatO2 91				
	25 Local da lesão 				
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas <input type="checkbox"/> 1 - Iguais <input type="checkbox"/> 2 - Desiguais				
	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente				
Observações Interdisciplinar	28 Sangramento <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não				
	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10				
Observações Interdisciplinar	30 Fratura <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>				
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> 4 - Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> 5 - Curativos <input checked="" type="checkbox"/> 6 - Kred <input checked="" type="checkbox"/> 7 - Imobilização de extremidades <input checked="" type="checkbox"/> 8 - Reanimação cardiopulmonar <input checked="" type="checkbox"/> 9 - Assistência obstétrica b) _____ c) _____				
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino H.U.T.				
	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado <input checked="" type="checkbox"/> 2-Piorando <input checked="" type="checkbox"/> 3-Inalterado				
Observações Interdisciplinar	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte				
	35 Observações Interdisciplinar Pete 25 anos, ABO RH O+, vítima de queda de moto - garupa - apresentando fratura fechada em tíbia e fíbula; Abordada pela equipe de APH caída no solo em D.P. em via pública, capacete já removido; Transportada em maca + protocolo de imobilização + monitorização FC e SpO2 e conduzida ao HUR para avaliação traumatólogica; NEGA: síncope, vômitos, vertigens, cervicalgia, dor de cabeça, prurido, parestesia, convulsões, alergia medicamentosa; INFORMA: ingestão líquida e sólida às 07:30h da presente data, possibilidade de gravidez com amenorreia há 02 meses.				

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Marcos S. de Moraes Oliveira

Enfermeiro

Condutor

R. Nery



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: gaironia Cunha Sampa

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JAIRANIA CUNHA SOUSA

Mãe: MARIA LINDALVA CUNHA

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

Nascimento: 07/11/1993

Idade: 25a8m2d

Responsável: MARIA LINDALVA CUNHA

Profissão: ATENDENTE

Instrução: Não informado

Imp: 09/07/2019 09:44:25

(User: FERNANDO COUTO)

(Estação: GESS002)

Prontuário: 516349

Pai:

Sexo: Feminino

Fone: 86-94273-148

CNS: 700008218245906

Documento: CPF: 060.411.693-40

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

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Classificação:

Deformidade grosseira

Cor:

Amarelo

Breve História Clas. Risco:

PACIENTE VITIMA 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/m2

Pulso:

bmp

Pressão:

mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

trauma em mie

rx/retrono

RAIO X REALIZADO
DATA: ____/____/____
TÉCNICO: ____

582.2

0908050505

Diagnóstico Inicial:

?

CID:

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Internação nesta Unidade

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Assinatura Paciente ou Responsável

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
CRM: 3467 Em: 09/07/2019 09:44:24

Dr. Fernando de Macedo Neto
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3467
SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA
COREN - 207590
CONFERE COM O ORIGINAL



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HU

PRESCRIÇÃO MÉDICA

23/9/2017 Roxiane W3

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
SILVANA OLIVEIRA			Ortopédica	104		
DATA/HORA CÓDIGO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
	PRESCRIÇÃO MÉDICA			OBSERVAÇÕES		
09/07/19				10:44h - Admitida na		
				pós 02. Gravemente, men-		
				tado, páxia, eupreia		
				Refere queixa de gravidez		
				blego alergia ou com		
				levedade		
				12:00 ~ Rancoroso		
				AVF com zero		
				nº 22 no MSD		
				DANIELIS		
				23:20h Pós exame		
				chada e 2-11 de		
				via. Lacer. 28/11/17		
				06h Apresentou episódio		
				de vômito, medicado		
				conforme prescrição		
				Pós 02. Faltou da		
				Rec. em Emergência		

Atestado de Saúde
Cadastrado em 2012
Visto Multidisciplinar
Atestado de Saúde
Cadastrado em 2012

Dr. Raul Rêgo de Menezes Neto
CRM: 12.694
Orculosa / Teresina - 2018

Assinatura: Dr. Raul Rêgo de Menezes Neto

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47890
SUSE - HU
CONFERE COM O ORIGINAL



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

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

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

-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:

Neessidade de Fixação Cirurgica

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

Rt + Exer. Fratura

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal da tibia

24-CID Prin:

S823

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408050543

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL

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 VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Tipico

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-Docmento:

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

Tempo 03
Lao Tse Frontiers
TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA
CRM-PI 2460 S807 10306

Jouana Luísa Mendes de Magalhães
Matrícula: 47380
SAÚDE - HUT
SAÚDE COM O ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 11 / 07 / 19

NOME DO PACIENTE:	<u>Jairamir Cunha Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>516349</u>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<u>Raque</u>	Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Leonardo Frontiers</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Dr. Rafael</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Glauceide</u>	CPF Nº:	

Dr. Leonardo Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM-PI 2660 SBO 10306

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	<u>01</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>10</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>1</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>100</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>-</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>100</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>-</u>	
ESCALPE Nº	UNID.	<u>1</u>		SERINGA 3CC	UNID.	<u>-</u>	
FORMOL	ML	<u>-</u>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>-</u>	
JELCO Nº	UNID.	<u>-</u>		<u>eletrodo</u>	"	<u>05</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	"	<u>05</u>	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>repon</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	<u>Novo</u>		
PROLENE							

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 7780
SAME - NUT
CONFERE COM O ORIGINAL

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

PACIENTE - Nome: Jairania Cunha Sousa

Nº AIH: 242743

Nº do Prontuário: 516349

Data da Internação: / /

Procedimento Médico Realizado: 0408050543

Indicador de Compatibilidade: 0702030406

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Lao-Tsé

CRM Nº

CPF Nº

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

Lao-Tsé Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTOPÉDIA
CRM-PI 2660-8 BOT 10306

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 Rocha

C.N.P.J:

Assinatura:

Cargo:

Nome: Amália

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Médica - CRM 47390
SAE - HUT
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**

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

15-End: **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.Procedi-
mento Especial

0702030406

32 - Descrição do Procedimento Especial:

FIXADOR EXTERNO LINEAR

Quant. Soli-
cidata:

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

Laos Tse Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia
CRM-PI 2660 SB07 10306
41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Boleto c/ Fratura de Pilão Tibial c/
edema + Fístula Necessidade de Fixador
Externo p/ 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:

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(ANTONIO EURIVAN)

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47380
SAE-HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14 / 07 / 19

NOME DO PACIENTE:	Jaisania Cunha Sousa	PRONTUÁRIO Nº:	516349
DIAGNÓSTICO:	frat. TIBIA (E) COMINUTIVA	CIRURGIA:	RAFI
ANESTESIA:	Raque	Nº DA SALA:	01
CIRURGIÃO:	Dr. Hugo	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.			eletrodos	11	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	"	0	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				curpon			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 20	"	0					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 1	=	02		CIRCULANTE: Hugo			
PROLENE							

João Luiz Mendes de Mesquita
Médico: 47390
SAME - RUT
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

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-Ende: **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.Procedi-
mento Especial

0702030902

32 - Descrição do Procedimento Especial:

PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)

Quant. Soli-
cidada:

1

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável:

LEOCÁDIO SOARES DA SILVA

40-Tp. Documento:

CPF

40-No.Doc. Méd. Solic.:

892.673.703-91

39-Data Solicitação:

14/07/2019

Dr. LEOCÁDIO SOARES
Osteod. e Traumatologia
CRM-PI 44682 REG. 2010

41-Ass.Carimbo Méd.Sol.(CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

OSTEOSSINTOMATE DE FIBRIA (E)

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 Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47380
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

223836

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-Cor: Sem Informação

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

6-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

FRATURA DE TÍBIA (E)

21 - Condições que justificam a internação:

Hto. úmida

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

Ex. Fun + RX

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tíbia

24-CID Prim:

S822

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408050500

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Tempo SUS

29-Clinica:

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

02

01

CPF

892.673.703-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

LEOCÁDIO SOARES DA SILVA

34-Data Solicitação:

14/07/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

() CNS () CPF

49-Num. Documento:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (KARLA BATISTA)

Consulta Local: 730233

Consulta SUS:

Impressão: 14/07/2019 14:54:56



242743

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

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:

Fratura da tíbia

21 - Condições que justificam a internação:

Atividade física

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

Exatidão / R

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tíbia

24-CID Prim:

S822

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

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.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02**01**

CPF

004.798.243-80

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

RAUL RUBEN DE MACEDO NETO

34-Data Solicitação:

09/07/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo 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: (CAMILA NORBERTA)

Consulta Local: 730233

Consulta SUS:

Impressão: 09/07/2019 10:25:45

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Jairanice Culo Sousa</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura de Pêlo Tibial (E)</i>		
Operação - Tipo <i>Fixação Externa Fratura de Pêlo (E)</i>		
Cirurgião <i>Dr. João TSE</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		

Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>Fratura de Pêlo Tibial (E)</i> <i>/ Edema e flicter em região</i>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Pêlo DDH sob rotação
- ② Artroscopia + Aspirio + Colocação de
- ③ Passagem de Pêlo Tibial + Redução Fratura + Colocação de Fixador Externo
- ④ Revisão de Artroscopia + Curativos

Solicitado VSG estomacal pós-operatório

João TSE Fronteira
TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA
CRM 28.858-5/OT 10306

João TSE Fronteira
Mendes da Mesquita
SABE (UT)
CONFERE COM O ORIGINAL

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

JAIKANA CUNHA LOUSA

Diagnóstico pré-operatório

FRAT. DIAP. COMINUTIVA TIBIA (F)

Operação - Tipo

RAP1

Cirurgião

1º Assistente

Dr. Hugo

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- ① Paciente em SDH, sob anestesia. Retirado fix. EXTERNO
- ② Genótipo de MIE. Amputação + antissepsia.
- ③ Exatidão ant. med. + dissecção + RAP1 com placa de P estufa fur.
- ④ LMC com SPO 9%.
- ⑤ Sutura + Curativo
- ⑥ Retirado gesso com BPD.
- ⑦ A CRPA

Dr. Leoc. L. S. S. S. S.
Ortopedia / Hospital de Urgência
CRM 14462

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Médica - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

C.O.B

CLÍNICA ORTOPÉDICA BUENOS AIRES

Clínica 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 OSTEOSINTESE 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
TE-OR 0054

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0485

PODERAR DIREITO

Assinatura do Titular: *Jairania Cunha Sousa*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.530.415 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/10/14

NOME JAIRANIA CUNHA SOUSA

FILIAÇÃO MARIA LINDALVA CUNHA

NATURALIDADE UNIAO-PI DATA DE NASCIMENTO 07/11/1993

DOC. ORIGEM MATRICULA: CERT. CASAM.

07933501552010200060156000582761

EXP UNIAO-PI 23/02/10

TERESINA - PI Pedro Gomes de Moraes

060.411.693-40 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83



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

Valoração 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