

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Mensagens, Audiências, Consulta proc..., PJ 0823800-19.20..., Baixar o arquiv..., (30) WhatsApp, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=589584&ca=678229926221d709b71e032afa9990...

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

PJE ProceComCiv 0823800-19.2020.8.18.0140 JAIRANIA CUNHA SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

13110154 - CONTESTAÇÃO (2764525 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 13/11/2020 13:35:42

13 Nov 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 13110152 - CONTESTAÇÃO
- 13110154 - CONTESTAÇÃO (2764525 CONTESTACAO 01)
- 13110159 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 13110160 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 13110162 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 13110163 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 10

2764525- C3/ 2020-04134/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PT 13:35 13/11/2020



Número: **0823800-19.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **16/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.914,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAIRANIA CUNHA SOUSA (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13110 159	13/11/2020 13:35	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 14960819

Pag. 00363/00364 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 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





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

Pag. 00837/00838 - carta_09 - INVALIDEZ

00050419



Carta nº 15040185





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, 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: 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: 660.411.693-40
 7 - Profissão: do lar 8 - Endereço: Rua: Anaquopoz 9 - Número: 2137 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Sto. Ma da Bodipi 12 - Cidade: Turama 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:

☒ RECURSO 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: 0039 03 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 do Segurado, 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 (vairnascido)? ☐ 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, Turama, Piauí 09.10.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

o Representante Legal (se houver)

2019





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



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, 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 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 Parreira
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: 660.411.693-40 4 - Nome completo da vítima: Jairomar 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: Jairomar Cunha Sousa 6 - CPF: 660.411.693-40
 7 - Profissão: do lar 8 - Endereço: Rua: Anaquopoz 9 - Número: 2137 10 - Complemento:
 11 - Bairro: St. Ma da Imaculada 12 - Cidade: Turesma 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:

☒ RECURSO 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 03 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

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 (vairnascido)? ☐ 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, Turesma, Piauí 09.10.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

o Representante Legal (se houver)

7010



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
ENERGIA

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 SEPAZ 06/98

Para 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 26 de abril de 2002.

CONTA MES	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
CEP: 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
Forma de Faturamento:	Apresentação: 04-09-2019
TAXADO	Dias de Consumo: 30
Código de Irregularidade:	

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

HISTÓRICO A 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 - 0,215668	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

Você pode usar para data de vencimento da sua fatura até dia 11/10/19, antes de ser cobrado por meio de nossos cartões de planejamento.

RESERVAÇÃO AO FISCO

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

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

ROT: 4.001.48.37.041500

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

equatorial
ENERGIA

0548351-4
MÊS FATURADO

43,43
VENCIMENTO

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

09/2019
Nº da Nota Fiscal:

11-09-2019

026784719 FCAM

836100000000 6 43430017000 9 00000000548 8 35140919008 6



SEQ.: 00316 UC: 0548351-4 DT. LEIT.: 04/09/2019 T. ENTR.: 03
LEITURA: 99999999 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

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0051867-0

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
SETEMBRO/2019

VENCIMENTO
01/10/2019

CONSUMO (kWh)
162

TOTAL A PAGAR (R\$)
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

LEP: 04.000-902 - FERESINA		R01: 17.001.31.11.020100	
DADOS DA LEITURA		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	Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:	162	Apresentação:	24/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	29

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano 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:
R\$ 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%		1,62		
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	6,49%		7,48		
INDICADORES DE CONTINUIDADE							
		DIC		PIC		DMIC	
		Mensal	Anual	Mensal	Anual	Mensal	Anual
Limite		5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45
Realizado		0,00			0,00		0,00
Composto TERESINA-MACALIBA				Período de apuração:		07/2019	EURO: 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 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 13:35:41

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111313354141200000012400846

Número do documento: 20111313354141200000012400846

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Keylly Mame de Oliveira

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

Saironius Cunha Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.411.693.40

do sinistro de DPVAT cobertura Intervenção da Vítima Saironius Cunha Sousa

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 Mame de Oliveira
Assinatura do Declarante





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Risco de Gravidez (amenorréia há 02 meses)

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

Versão: 27.11.2011

COREN-PIN 411076-TE





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Jaivania Cunha Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 516349

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:

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

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			

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: bpm	Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: trauma em mie rx/retrono				
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

CONFERE COM O ORIGINAL
SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA
COREN - 207590



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 13:35:41

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111313354141200000012400846

Número do documento: 20111313354141200000012400846



PRESCRIÇÃO MÉDICA

239/217 ReXian Wu

[illegible]

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
Série - EUT
CONFERE COMO ORIGINAL



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

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	14-Cor: Sem Informação		
-Resp: MARIA LINDALVA CUNHA	15-Ender: RUA 02 QD L CS 04 - PARQUE WALL FERRAZ - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA				

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): 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.: 0408050543	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	Tempo de espera: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	
29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01	31-Docum.: CPF	32-Doc. Méd. Solic.: 746.635.933-72
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	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-Docum.: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	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





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 11 / 07 / 19

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

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>eletrodos</u>	<u>1</u>	<u>05</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>lepon</u>	<u>1</u>	<u>05</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 Luísa Mendes da Mesquita
Matrícula: 1780
SAME - NEST
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 13:35:41

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111313354141200000012400846>

Número do documento: 20111313354141200000012400846



PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda
ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458
CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí
C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

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

PACIENTE - Nome: Jairamaria Cunha Sousa
Nº AIH: 242743
Nº do Prontuário: 516349 Data da Internação: / /
Procedimento Médico Realizado: 0408050543
Indicador de Compatibilidade: 0702030406
MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dra. Paulo Tse
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...)
<u>Cx-131</u>	<u>Ol fixador externo linear</u>

Lao-Tse Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM-PI 2660 - RBO 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 Lúcia Mendes de Mesquita
Médica: 47390
SANE - 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: 242743
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

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
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.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	 Lao Tse Frontiers TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA CRM-PI 2660 SBST 10306 41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 11/07/2019	40-No. Doc. Méd. Solic.: 746.635.933-72	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Requer a Fratura de Pilão Tibial e/ou edema + Fístula Necessidade de Fixador Externo por 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 Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SANE - HUT
CONFERE 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 14/07/19

NOME DO PACIENTE:	Jaisania Cunha Sousa	PRONTUÁRIO Nº:	516349
DIAGNÓSTICO:	RAFI - FIBRA (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				cupon			
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: Nervo			
PROLENE							



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 13:35:41

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111313354141200000012400846

Número do documento: 20111313354141200000012400846



QXN-8

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198		
FABRICANTE: <i>Prontuario:</i>		CNPJ:		
PACIENTE: <i>Jairania cunha Sousa</i>				
RG.HOSPITAL: <i>MT.</i>		COD.SIG TAP:		
DATA: <i>14/10/19</i>	ALTA:	USADO:		
PROCEDIMENTO: <i>Inat. tubia (E)</i>				
MEDICO: <i>A. Leocadio</i>	CPF:	CRM:		
Produtos Utilizados/Implantados:				
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote	QTD

[illegible]

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: 14/07/19

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento

ST. LEONIL
OUTUBRO 2019
C.M.P. 14408
S. 100

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula 47390
SANTA RITA
CONFERE COM O





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: 243097
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

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.Procedi- mento Especial 0702030902	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 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	
39-Data Solicitação: 14/07/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 892.673.703-91	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

OSTEOSSINTOMATÓRICA DE FRATURA (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: 47390
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

223836

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-Cor: Sem Informação		
15-Ender: RUA 02 QD L CS 04 - PARQUE WALL FERRAZ - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
6-Munic: TERESINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: FRATURA DE TÍBIA (E)			
21 - Condições que justificam a internação: fto unguem			
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.: 02 01	31-Docum.: 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:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) Joana Luiza Mendes de Mesquita Mantido: 47390 SUS - HUT ORIGINAL
48-Documento:	49-Num. Documento:	
() CNS () CPF		
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: 242743
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

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	14-Cor: Sem Informação		
13-Resp: MARIA LINDALVA CUNHA	15-Ender: RUA 02 QD L CS 04 - PARQUE WALL FERRAZ - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA				

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Fratura da tíbia</i>			
21 - Condições que justificam a internação: <i>Acidente</i>			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Exatidão / R</i>			
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: 02	30-Caráter: 01	31-Docum.: CPF	32-Doc. Méd. Solic.: 004.798.243-80
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO	34-Data Solicitação: 09/07/2019	35-Ass.Casimbo Med.Sol.(CRM): ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA TEOT 12.994 CRM-PI 3849	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vinculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) <i>Joana Luiza Mendes de Almeida Matrícula: 47390 SUS - HUT COM O ORIGINAL</i>
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Joana Luiza Mendes de Almeida</i>	Usuário: (CAMILA NORBERTA) Consulta Local: 730233 Consulta SUS: Impressão: 09/07/2019 10:25:45	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 13:35:41

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111313354141200000012400846>

Número do documento: 20111313354141200000012400846

Num. 13110159 - Pág. 25



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Jairson Culo Sousa</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura de Pélvis Tibial ⑤</i>		
Operação - Tipo <i>Fixação Externa Fratura de Pélvis ⑤</i>		
Cirurgião <i>Dr. Danilo TSC</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>Fratura de Pélvis Tibial ⑤</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 DOH sob roquiasubm		
② Atropina + Aspirina + Colocação de		
③ Passagem de Pinos Long. + Redução Fratura +		
colocação de Fixador Externa		
④ Reversão de Anestesia + Curativos		
<i>Solicitado VSG gestional pós-procedimento</i>		
<i>Laudo TSC Fronteira</i> <i>TRAMATOLOGIA ORTOPEDIA</i> <i>CRM 9.248-5/OT 1306</i> <i>João Carlos Mendes da Mesquita</i> <i>CRM 9.248-5/OT 1306</i> <i>SAME HUT</i> <i>CONFERE COM ORIGINAL</i>		

Mod. 76 HUT





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente			JAIRANA CUNHA LOUSA		
Diagnóstico pré-operatório			FRAT. MAP. COMINUTIVA TIBIA (E).		
Operação - Tipo			RAT		
Cirurgião			1º Assistente Dr. Hugo.		
2º Assistente			3º Assistente		
Instrumentador(a)			Anestesia		
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início	Fim		
Diagnóstico Pós-operatório					
Relatório Imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					
DESCRÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)					
① Paciente em SDH, sob anestesia. Retirado fix. OXURNO					
② Ganstramento de MIE, fratura + anti-sepsia.					
③ Preenchimento artros. medul + dissec + RAT com placa XCP estufa fur.					
④ Linc com SFO, 5%.					
⑤ Sutura + Curativo					
⑥ Retirado gesso com BPD.					
⑦ A CRPA					
Dr. Leoc. SOARES Ortografia / Hospital de Urgência CAM-PI 4468 5001 403					

Mod. 76 HUT



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 S Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313-PI

Dr. Edmar de Souza Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313 / CRM-MA 3294
TEC 8054





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

1919872460

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1919872460

PROIBIDO PLASTIFICAR

1919872460

Nome: **KATLY MOIRA DE OLIVEIRA**

Doc. Representação: **2212129 SSP VI**

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

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

PERMISSÃO: **PRMISSEAO** ACC: **AC** CAT: **3**

REGISTRO: **07318478449** VALIDADE: **20/08/2020** FIM DA VALIDADE: **21/08/2019**

OBSERVAÇÕES:

Katly Moira de Oliveira

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA DE EMISSÃO: **21/09/2019**

ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUI



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: VÍTIMA 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

