



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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190579196

Vítima: JAIRANIA CUNHA SOUSA

Data do Acidente: 09/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAIRANIA CUNHA SOUSA

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00837/00838 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 15040185



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. 3

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

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. 4

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: 4 - Nome completo da vítima:

060.411.693-40 *Jairanir Lúnha Souza*

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

5 - Nome completo: *Jairanir Lúnha Souza*

7 - Profissão: *do lar* 8 - Endereço: *Rua: Araquápoz* 9 - Número: *2137* 10 - Complemento: *6 - CPF: 060.411.693-40*

11 - Bairro: *St. Ma da Codipi* 12 - Cidade: *Teresina* 13 - Estado: *PI* 14 - CEP: *64.012.550*

15 - E-mail: *(86) 996729591* 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: *0029 013* CONTA: *84422 5*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Teresina - Piauí 09.10.19*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Jairanir Lúnha Souza*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Keyly Souza

o Representante Legal (se houver)

0910

TESTEMUNHAS





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

Data/Hora

09/07/2019 - 08:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA CHICO CONRADO, Nº:

Complemento

Bairro

SANTA MARIA

Ponto de Referência

PRAÇA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JAIRANIA CUNHA SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3530415

Mãe: MARIA LINDALVA CUNHA

Endereço: RUA DOIS Q-L C-04, Nº

Bairro: SANTA MARIA

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

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


Alberto Da Silva Reis - Mat.
AGENTE DE POL'


JAIRANIA CUNHA SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação


Lucy Keiko Leal Parreira
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

060.411.693-40 *Jairanir Lúnha Souza*

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

5 - Nome completo: *Jairanir Lúnha Souza*

7 - Profissão: *do lar* 8 - Endereço: *Rua: Araquápoz* 9 - Número: *2137* 10 - Complemento:

11 - Bairro: *St. Ma da Codipi* 12 - Cidade: *Teresina* 13 - Estado: *PI* 14 - CEP: *64.012.550*

15 - E-mail: *(86) 996729591*

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: *0029 013* CONTA: *84422 5*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Teresina - Piauí 09.10.19*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Jairanir Lúnha Souza*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Keyly Souza

o Representante Legal (se houver)

0910

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



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. 8

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

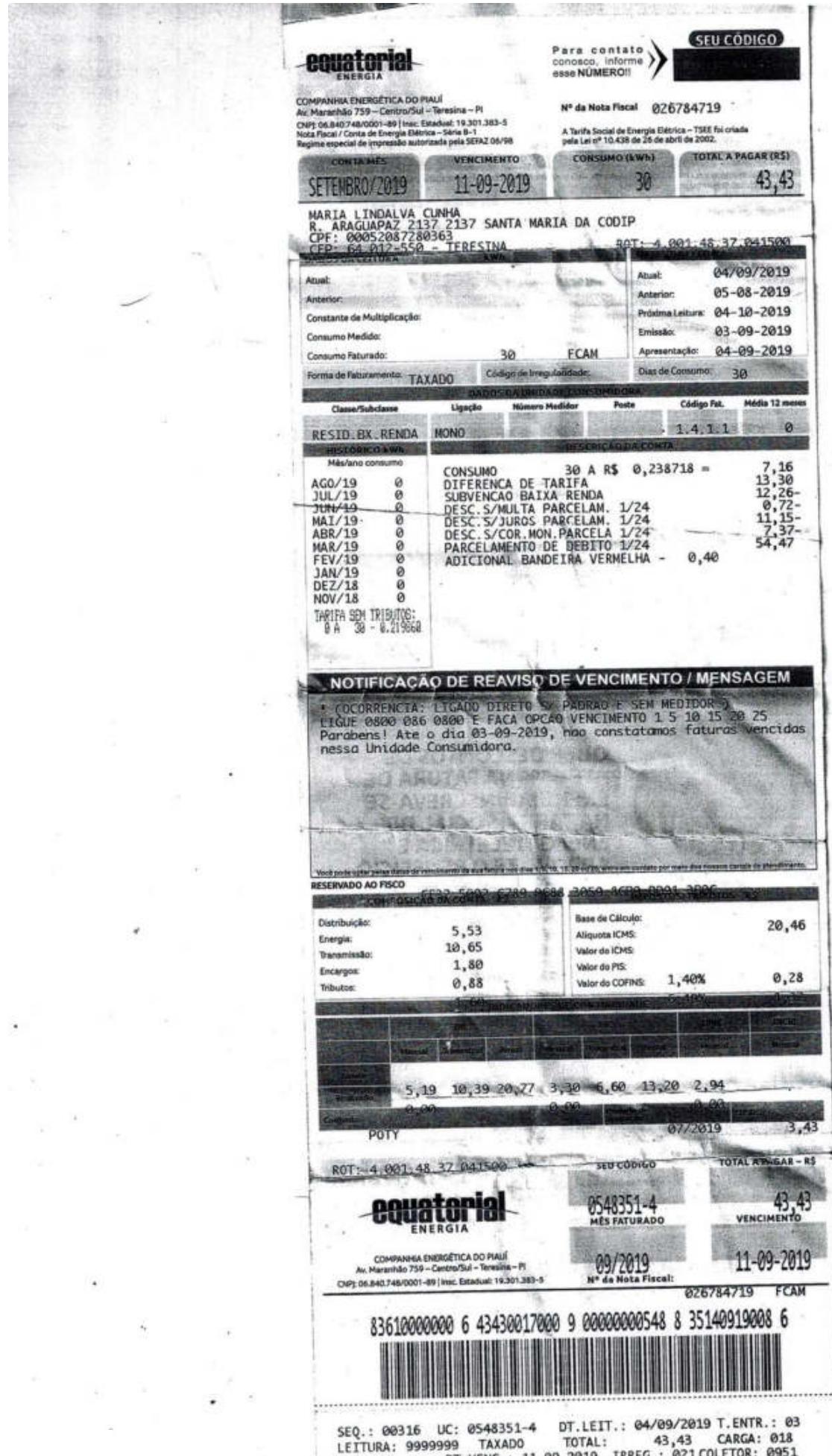
CONTA: 000000084422-5

Nr. da Autenticação 1D1C4F98BA8ED117



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. 9



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 13:35:41
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011131335414120000012400846>

Num. 13110159 - Pág. 10



Para contato
contato, informe
seu NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0051867-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-49 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SERAZ/PI/SE

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	kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	13692	Atual:	24/09/2019
Anterior:	13530	Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Médio:	162	Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:	162	Apresentação:	24/09/2019

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo	CONSUMO	162 A R\$ 0,912203 =	147,77		
AGO/19	158	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	12,74		
JUL/19	151	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00	0,01		
JUN/19	154	CORRECAO MONETARIA 10/08/19-00	0,16		
MAI/19	140	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00	0,24		
ABR/19	143	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00	0,03		
MAR/19	153	MULTA POR ATRASO 08/19-00	2,89		
FEV/19	204	JUROS POR ATRASO 08/19-00	0,43		
JAN/19	133	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	6,47		
DEZ/18	136				
NOV/18	160				
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
	8 A 162 - 0,555310				

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

Você pode agitar este bilhete no vencimento de suas faturas entre 1, 5, 10, 15, 20 ou 25 dias para receber uma desconto de 10% de desconto.

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77
Energia:	60,00	Aliquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	18,14	Valor do ICMS:	32,58
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	1,40%
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	1,62
			6,49%
			7,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC		FIC		OMIC		DIOB	
	Mensual	Trimestral	Anual	Mensual	Trimestral	Anual	Mensual	mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	TERESINA-MACALUBA				Período de	07/2019	EUS:	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

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=2011131335414120000012400846
Número do documento: 2011131335414120000012400846

Num. 13110159 - Pág. 11



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 Kaylly Meire de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303.00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jaironius Cunha Soares inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.411.693.40,
do sinistro de DPVAT cobertura Invulgar da Vítima, Jaironius Cunha Soares,
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 Lider-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> CEP: <u>64.000.902</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(86) 99472-9591</u>

Local e Data: Teresina - Piauí 09.10.15

Kaylly Meire de Oliveira

Assinatura do Declarante





Dados do Chamado	01 N° do chamado 01-30-1213	02 Data do chamado 09/01/2019	03 PRO (código) 2898	04 Saída do PA 08:25	05 Chegada ao local 08:30
Local da Ocorrência	06 Saída do local 09:00	07 Chegada ao 1º hospital 09:28	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
	10 Endereço Rua Chico Conrado - Via pública - Pq. Firmino Filho	11 Bairro Pq. Firmino Filho	12 Município-UF THE - PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Praça				
Dados do Paciente	14 Nome Julliane Cunha Sousa	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 9- Ignorado			
	16 Idade 1.11.93 25	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2- Não 9- Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência <input checked="" type="checkbox"/> 1- Acidente de transporte 02- Agressão física-espancamento 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 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor <input checked="" type="checkbox"/> 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 8- Ignorado	22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input checked="" type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> 1- Orientada 2- Confusa 3- Palavras inapropriadas 4- Palavras incompreensíveis 5- Ignorada	RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> 1- Obeedece a comandos 2- Localiza dor 3- Movimento de retirada 4- Flexão anormal 5- Extensão anormal 6- Ignorada	24 Sinais Vitais Pulso 68 Resp. 20 PA 100x60 TAX. Sat02 91	25 Local da lesão
	26 Pupilas 1- Igualas 2- Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input checked="" type="checkbox"/> 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não	29 9 0 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	30 Fratura <input checked="" type="checkbox"/> - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada 2- Não 3- Suspeito <input type="checkbox"/>
Assistência	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) <input checked="" type="checkbox"/> 1- Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> 2- Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> 3- Curativos <input checked="" type="checkbox"/> 4- Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> 5- Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> 6- Kred	32 Hospital de Destino H.U.T.	33 Condições de entrada 1- Melhorado 2- Piorando 3- Inalterado	34 Óbito 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	<input type="checkbox"/> Não Removido
Hospital de Destino	Pete ♀ 25 anos, ABO RH O+, vítima de queda de moto - gavuço - apresentando fratura fechada em tibia e fibula; Abordada pela equipe de APH caída ao solo em D.D. em via pública, capacete já removido; Transportada em moto + protocolo de imobilização + monitorização FC e SpO2 e conduzida ao HR para avaliação. NEGA: dor, náuseas, vômitos, vertigens, cefaleia, dislipidemia, dislipidemia, plegia, paroxismo, comorbilidades, alergia medicamentosa. INFORMA: ingestão líquida e sólida as 01:30h da presente data, possibilidade de gravidez com amenorréia há 02 meses.				
Observações Interdisciplinar	<p>Socorristas Médico AE/TE Marcos S. de Moraes Oliveira Enfermeiro Condutor R. Ney</p> <p><i>Joana Luisa Monteiro NOME NO CORREIO COM O</i></p>				
Responsável pela recepção	Responsável pela recepção				
Versão: 27.11.2011	COREN - PIN 411070 - TEC				



NOME DO PACIENTE: giovania Cunha Soáza

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: 47300
SAME / HUT
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

Num. 13110159 - Pág. 14



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

Imp: 09/07/2019 09:44:25
(User: FERNANDO COUTO)
(Estação: GESSO02)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> JAIRANIA CUNHA SOUSA		<u>Prontuário:</u> 516349
<u>Mãe:</u> MARIA LINDALVA CUNHA	<u>Pai:</u>	
<u>End. Resid.:</u> RUA 02 QD L CS 04 - PARQUE WALL FERRAZ - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 07/11/1993	<u>Idade:</u> 25a8m2d	<u>Sexo:</u> Feminino <u>Fone:</u> 86-94273-148
<u>Responsável:</u> MARIA LINDALVA CUNHA		<u>CNS:</u> 700008218245906
<u>Profissão:</u> ATENDENTE		<u>Documento:</u> CPF: 060.411.693-40
<u>Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> União Estável
<u>DADOS DO ATENDIMENTO:</u>		
<u>Código:</u> 730233	<u>Entrada:</u> 09/07/2019 09:27:34	<u>Convênio:</u> S U S
<u>Motivo da Procura</u>		
(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU		

LIS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	<u>Classificação:</u> Deformidade grosseira	<u>Cor:</u> Amarelo
<u>Breve História Clas. Risco:</u> 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

<u>SSVV:</u>	<u>(Hora: _____)</u>			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bmp	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

trauma em mie

rx/retrono

RAIO-X REALIZADO
DATA: _____ TÉCNICO: _____ HORA: _____

<u>Diagnóstico Inicial:</u> ?	<u>CID:</u>
<u>Exames Complementares:</u>	

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Internação nesta Unidade

<u>DATA:</u> / /	<u>HORA:</u> / /
------------------	------------------

Dr. F. Almeida de Mendonça Neto
ORTOPEDISTA / REumatologista
CRM: 1467 P. 1290
CRA: P. 1384

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

Manoel Luis Mendonça Neto
SANTO ANTONIO HUT
CONFIRME 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
5828856Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES
5828856

242743

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Fratura de pilão tibial. (E) após
frase.

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de Fixação cirúrgica

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

Rt - Exer. Fisio

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal da tibia

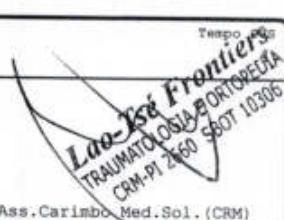
24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

S823

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050543	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL		
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 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 VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: ()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

Fls. N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 11 / 07 / 19

NOME DO PACIENTE: Jairinho Leme Souza PRONTUÁRIO N°: 516349

DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:		
ANESTESIA: <u>Raque</u>	N° DA SALA: <u>05</u>		
CIRURGIÃO: <u>Dr. Leo-Tsige Frontiers</u> <small>Lao-Tsige Frontiers TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA CRM-PI 2660 SBST 1036</small>	CPF N°:		
AUXILIAR:	CPF N°:		
ANESTESIA: <u>Dr. Rafael</u>	CPF N°:		
INSTRUMENTADORA: <u>Glaucileide</u>	CPF N°:		

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>24</u>	<u>01</u>
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <u>7.5</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <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	-		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>100</u>		PVPI TINTURA	ML	-	
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.	-	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO N°	UNID.	-		<u>eletrôdor</u>	"	<u>05</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>erupção</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>Nelvo</u>			
PROLENE							

Joana Luisa Mendes da Mesquita
Matrícula: 1280
SAME - ABT
CONFIRME COM O ORIGINAL



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

PACIENTE - Nome: Jairanis Lunha Souza
 Nº AIH: 242743
 Nº do Prontuário: 516349 Data da Internação: / /
 Procedimento Médico Realizado: 0408050543
 Indicador de Compatibilidade: 0702030406
MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Ivo - Tse'
 CRM Nº CPF Nº
 DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 11/07/19 DATA DA ALTA: / /

Código Ropm Nº	DESCRÍÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
<u>Cx-131</u>	<u>Ol fixador externo linear</u>
	<i>Lao-Tse Frontiers TRAUMATOLOGIA E ORTOPÉDICA CRM-PI 2660 SBOT 10/06</i>

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 Venâncio de Mesquita
Matr. CRM-PI 47380
SAMM - HUT
CONFERE COM O ORIGINAIS*





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050543	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL
31-Cod.Procedimento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR
Quant. Solicidada: 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
<div style="text-align: right; margin-right: 20px;">  41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM) </div>	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Rotura c/ Fratura de Pilão Tibial c/
edera + fricteira. Necessidade de Ficador
externo pr/ controle de Dor.*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: ____/____/____	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(ANTONIO EURIVAN)

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14/07/19

NOME DO PACIENTE:	Jairanice Lúcia Souza			PRONTUÁRIO Nº: 51.6349
DIAGNÓSTICO:	Fractura tibia (C) com inestabilidade			CIRURGIA: RAFI
ANESTESIA:	Raque			Nº DA SALA: 01
CIRURGÃO:	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- GOTAS	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.			elétrodo	11	25	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	"	0*	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				erupção			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	20	10					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	1	02		CIRCULANTE: Nervo			
PROLENE							

João Luiz Monteiro de Mesquita
Processo: 47390
SAME: HUT
COMPARE COM O ORIGINAL





Braga & Braga Importação e Exportação

0660

QSN-8

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198		
FABRICANTE : <i>Promtutano</i>		CNPJ:		
PACIENTE: <i>Jairanira cunha lama</i>				
RG.HOSPITAL: <i>111111111111111111</i>		COD.SIG TAP:		
DATA: <i>14/10/2019</i>		ALTA: <i></i>		
USADO:				
PROCEDIMENTO: <i>Fract. fibia (E)</i>				
MEDICO: <i>Dr. Leoradio</i>		CRM: <i></i>		
Produtos Utilizados/Implantados:				
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote	QTD

Responsável Pelo Preenchimento:		
Data:	14/07/19	
Responsável pela Farmácia		
	responsible for Filling	
		





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

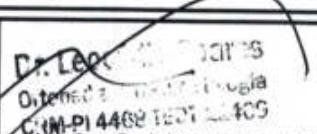
Identificação do Estabelecimento de Saúde

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	10-CPF: 060.411.693-40
11-Mãe: MARIA LINDALVA CUNHA	12-Fone: 86-94273-148
13-Resp: MARIA LINDALVA CUNHA	14-Fone: 86-94273-148
5-Ender: RUA 02 QD L CS 04 - PARQUE WALL FERRAZ - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050500	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
31-Cod.Procedimento Especial 0702030902	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)
Quant. Solicidada: 1	
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA	
38-Profissional Responsável: LEOCÁDIO SOARES DA SILVA	40-Tp. Documento: CPF
41-Data Solicitação: 14/07/2019	42-No.Doc. Méd. Solic.: 892.673.703-91
43-Justificativa da 'NÃO' autorização: 	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

O STOSSINTO DE TÍBIA 

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 Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: ____/____/____	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAMU - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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			
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 tibia

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura de tibia

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

Ex. tum + Rx

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tibia

24-CID Prin: **8822** 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 31-Docum.: 01 32-Doc. Méd. Solic.: 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)
45 - Vínculo com a Previdência:		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico			
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:	<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado
---------------------------------	--

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	<i>Joana Luisa Mendes de Mesquita Matr. 47390 SUS - HUT SÓ ORIGINAL</i>
48-Documento: <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49-Num. Documento:	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (KARLA BATISTA) Consulta Local: 730233 Consulta SUS: Impressão: 14/07/2019 14:54:56
--	--





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

242/43

**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
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:
Fevereiro e Tiques:
Febre e tiques

Fratura da diáfise da tibia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

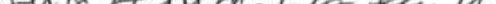
B-Cod.Proced.:		27-Procedimento Solicitado:		Tempo SUS	
0408050500		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA		4	
29-Clinica:		30-Caráter:	Ident.:	31-Docum.:	32-Doc. Méd. Solic.:
		02	01	CPF	004.798.243-80
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:				34-Data Solicitação:	Dr. RAUL RUBEN de MACEDO NETO ORTOP. Dia. TRAUMATOLOGIA TEOT 12.994 CRM. PI 3849
RAUL RUBEN DE MACEDO NETO				09/07/2019	35-Ass.Casimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:			

www.orientagio.com

AUTORIZAÇÃO	
46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: 49-Num. Documento: (<input type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF	
50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:
 09/07/2019 10:25:45

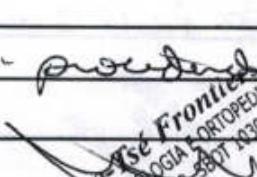
Usuário: (CAMILA NORBERTA)
Consulta Local: 730233
Consulta SUS:
Impressão: 09/07/2019 10:25:45





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO		
Centro Cirúrgico		
Nome do Paciente	Jairanice Cunha Soárez	
Diagnóstico pré-operatório	Fratura de Pôlo Tibial ()	
Operação - Tipo	Fixação Externa Fratura de Pôlo ()	
Cirurgião	Dr. Jair Soárez TSE	1º Assistente
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	Fratura de Pôlo Tibial () c/ Edema e flacidez em região	
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		
1º Pôlo DDI sob rotação 2º Alisamento + Aspiração + colocação de 3º Passagem de Pinos Sharp + Reduzir Fracasso + colocação de Fixador Externo 4º Revisão de Artéria + Cervelos		
Solicitado VSG gasto com pô - pôndor		
 Dr. Jair Soárez TSE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA CRM-RJ 20000-307 10306 Jornalista: 4700 SAMU: 00 FERRE COLA: 00		

1º Ano 1º Semestre
Fronteira
TELE-MATOOGIA FORTOPENDA
CRM-SP 20365 - MAT 2036
Joana Fernanda Mendes de Mesquita
Data: 07/07/2019
SAME
MATERIAIS COMPLEMENTARES

Mod. 76 HUT





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	JAIRANA CUNHA Sousa		
Diagnóstico pré-operatório	FRACT. DIAP. COMINUTIVA FIBIA (L)		
Operação - Tipo	RAFI		
Cirurgião	Dr. Leoc. L. Soares	1º Assistente	Dr. Hugo
2º Assistente	Ortopedista / Hospital / 03	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Ortopedista / Hospital / 03	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)			
Data da Operação	Inicio	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

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

- 1) Faiuinho em SDH, sob anestesia. Retrato fix. OTURNO
- 2) Expondo MIE, fumigation + antisepse.
- 3) Posiçõe anter. medial + dissec + RAPI com placa SCP estante fura.
- 4) LNC com SFO 5%.
- 5) Sutura + curativo
- 6) Retrato janela com BPD.
- 7) A CRPA

Dr. Leoc. L. Soares
Ortopedista / Hospital / 03
CRPA

Joana Luisa Andrade de Melo
Médica: 2380
CRM - HUT
CONFIRMO O CORRER

Mod. 76 HUT





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

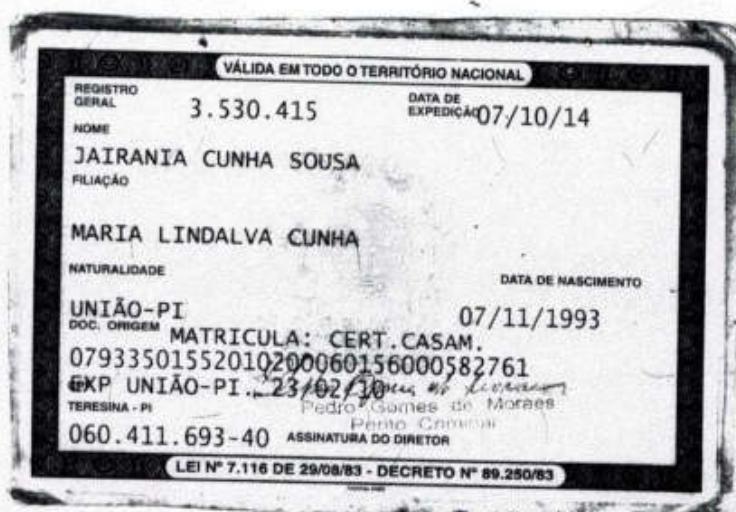
RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 75 % EM TORNOZELO E

Teresina 24 de Outubro de 2019

Dr. Edmar de Souza Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM PI 2313 / CRM-MA 3294
TEAT 8074

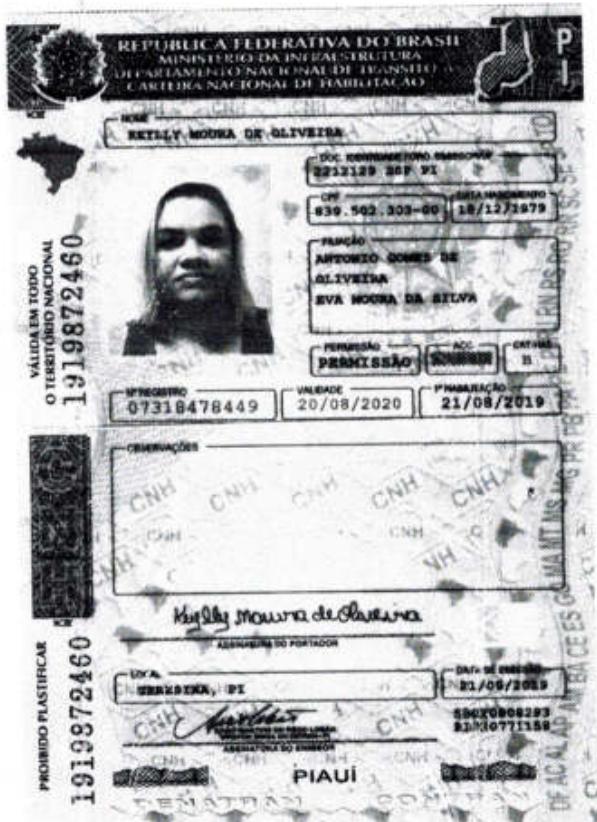
Dr. Edmar de S Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313-PI





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. 29



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 13:35:41
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111313354141200000012400846
Número do documento: 20111313354141200000012400846

Num. 13110159 - Pág. 30

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 TORNозELO 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 INTESA DO TORNозELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA NO SINISTRO ATUAL EM 25% PARA O MIE.
FEITO REAJUSTE PARA INTENSO EM TORNозELO 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

