

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Mensagens, Sistema SAJ, Consulta proce..., 0811522-2020..., Baixar o arquiv..., (31) WhatsApp, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=231216&ca=8618ba45a2b28be2b71e032afa9990...

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

Header: **PJE** ProceComCiv 0811522-20.2019.8.18.0140 AMANDA NERES GOMES VIEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO S...

Page Title: 13113140 - CONTESTAÇÃO (2766623 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 13/11/2020 15:44:37

Left Sidebar (13 Nov 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 13113138 - CONTESTAÇÃO
 - 13113140 - CONTESTAÇÃO (2766623 CONTESTACAO 01)
 - 13113142 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 13113343 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 13113346 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
 - 13113347 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Main Content Area (downloadBinario.seam):

2766623- C3/ 2020-04263/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Footer: PT, 15:44, 13/11/2020



Número: **0811522-20.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **19/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
AMANDA NERES GOMES VIEIRA (AUTOR)		AGEU ALVES DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13113 142	13/11/2020 15:44	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **AMANDA NERES GOMES VIEIRA**

Nº Sinistro: **3180322707**

Vitima: **AMANDA NERES GOMES VIEIRA**

Data do Acidente: **08/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180322707**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13106676

Pag. 00145/00146 - carta_01 - INVALIDEZ



00030073



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **AMANDA NERES GOMES VIEIRA**

Nº Sinistro: **3180322707**

Vítima: **AMANDA NERES GOMES VIEIRA**

Data do Acidente: **08/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180322707**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **08/04/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00253/00254 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13201206



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180322707 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMANDA NERES GOMES VIEIRA **Data do acidente:** 08/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO CORTO CONTUSA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 042 927 973 - 66 CPF da Vítima: 042.927.973-66 Nome completo da vítima: Amador Neres Gomes Vieira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Amador Neres Gomes Vieira CPF titular da conta: 042.927.973-66 Profissão: Desenho
Endereço: Av. A 27 Planalto Municipal Número: 27 Complemento: Casa
Bairro: Vale quem tem Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64.000.235
Email: _____ Telefone (DDD): _____

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO: 2004 D/V: 013 CONTA NRO: 89619- D/V: 4
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: _____ NRO: _____
AGÊNCIA NRO: _____ D/V: _____ CONTA NRO: _____ D/V: _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina 15 de maio de 18
Local e Data

Amador Neres Gomes Vieira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Amador Neres Gomes Vieira
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF.001 V001/2017



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0000 726 0101
OUVIDORIA 0000 725 7474

138-694310268-4

18/MAI/2018 HORA DE 15:10:55

OT: 16.05404-4 TERM: 062678
LOCALIDADE: TERESINA
AG. VINCULADA: 2004 CONTROLE: 785082810

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2004 013 00089519-4

AMANDA NERES G VIEIRA

VALOR : 

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

138-694310268-4

1ª VIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 MAI 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 042 927 973 - 66 CPF da Vítima: 042.927.973-66 Nome completo da vítima: Amador Neres Gomes Vieira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Amador Neres Gomes Vieira CPF titular da conta: 042.927.973-66 Profissão: Desenho
Endereço: Av. A 27 Planalto Municipal Número: 27 Complemento: Casa
Bairro: Vale quem tem Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64.000.235
Email: _____ Telefone (DDD): _____

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: NRO. 2004 D/V 013 CONTA: NRO. 89619- D/V 4
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO: Nome _____ NRO. _____
AGÊNCIA: NRO. _____ D/V _____ CONTA: NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina 15 de maio de 18
Local e Data

Amador Neres Gomes Vieira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Amador Neres Gomes Vieira
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF.001 V001/2017



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0000 726 0101
OUVIDORIA 0000 725 7474

138-694310268-4

18/MAI/2018 HORA DE 15:10:55

OT: 16,05404-4 TERM: 062678
LOCALIDADE: TERESINA
AG. VINCULADA: 2004 CONTROLE: 785082810

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2004 013 00089519-4

AMANDA NERES G VIEIRA

VALOR : 

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

138-694310268-4

1ª VIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 MAI 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002177/2017-65

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Responsável pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 19/05/2017 - 14:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. JERUMENHA, Nº:

Complemento

Bairro

BUENOS AIRES

Ponto de Referência

Data/Hora

08/04/2017 - 02:30

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: AMANDA NERES GOMES VIEIRA 25 ANOS

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2922821

Mãe: JOSILENE DA SILVA NERES

Endereço: QUADRA 27, CASA 27, CONJ. PLANALTO URUGUAI, Nº

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8872-4589

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE VEIO COMUNICAR QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA JERUMENHA, QUANDO ESTAVA SAINDO DO RESTAURANTE BARILOCHE, QUANDO O VEICULO FIAT UNO LHE ATROPELOU E NÃO PRESTOU SOCORRO A VITIMA, E EVADIU-SE LOCAL, RELATA A VITIMA QUE FOI ATÉ O RESTAURANTE PEDIR AS FILMAGENS, MAIS O DONO DISSE QUE O HD HAVIA APAGADO AS IMAGENS, LESIONADA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA UNIMED, CONFORME PRONTUÁRIO 16075. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

Almiralce R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009761-6

AMANDA NERES GOMES VIEIRA 25 ANOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002177/2017-65

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Respo pelo Registro: Almirallice Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 19/05/2017 - 14:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

08/04/2017 - 02:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

BUENOS AIRES

Endereço

AV. JERUMENHA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: AMANDA NERES GOMES VIEIRA 25 ANOS

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2922821

Mãe: JOSILENE DA SILVA NERES

Endereço: QUADRA 27, CASA 27, CONJ. PLANALTO URUGUAI, Nº

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8872-4589

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE VEIO COMUNICAR QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA JERUMENHA, QUANDO ESTAVA SAINDO DO RESTAURANTE BARILOCHE, QUANDO O VEICULO FIAT UNO LHE ATROPELOU E NÃO PRESTOU SOCORRO A VITIMA, E EVADIU-SE LOCAL, RELATA A VITIMA QUE FOI ATÉ O RESTAURANTE PEDIR AS FILMAGENS, MAIS O DONO DISSE QUE O HD HAVIA APAGADO AS IMAGENS, LESIONADA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA UNIMED, CONFORME PRONTUÁRIO 16075. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almirallice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA
Almirallice R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009761-6

AMANDA NERES GOMES VIEIRA - 25 ANOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002177/2017-65

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: **Almiralce Ribeiro Lebre Carlos**

Data/Hora: 19/05/2017 - 14:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. JERUMENHA, Nº:

Complemento

Data/Hora

08/04/2017 - 02:30

445595

457230

Bairro

BUENOS AIRES

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: **AMANDA NERES GOMES VIEIRA** 25 ANOS

RG: 2922821

Mãe: JOSILENE DA SILVA NERES

Endereço: QUADRA 27, CASA 27, CONJ. PLANALTO URUGUAI, Nº

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8872-4589

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE VEIO COMUNICAR QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA JERUMENHA, QUANDO ESTAVA SAINDO DO RESTAURANTE BARILOCHE, QUANDO O VEICULO FIAT UNO LHE ATROPELOU E NÃO PRESTOU SOCORRO A VITIMA, E EVADIU-SE LOCAL, RELATA A VITIMA QUE FOI ATÉ O RESTAURANTE PEDIR AS FILMAGENS, MAIS O DONO DISSE QUE O HD HAVIA APAGADO AS IMAGENS, LESIONADA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA UNIMED, CONFORME PRONTUÁRIO 16075. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
Almiralce R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009761-6

Amanda Neres Gomes Vieira
AMANDA NERES GOMES VIEIRA - 25 ANOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002177/2017-65

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 19/05/2017 - 14:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. JERUMENHA, Nº:

Complemento

Data/Hora

08/04/2017 - 02:30

Bairro

BUENOS AIRES

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: AMANDA NERES GOMES VIEIRA 25 ANOS

RG: 2922821

Mãe: JOSILENE DA SILVA NERES

Endereço: QUADRA 27, CASA 27, CONJ. PLANALTO URUGUAI, Nº

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8872-4589

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE VEIO COMUNICAR QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA JERUMENHA, QUANDO ESTAVA SAINDO DO RESTAURANTE BARILOCHE, QUANDO O VEICULO FIAT UNO LHE ATROPELOU E NÃO PRESTOU SOCORRO A VITIMA, E EVADIU-SE LOCAL, RELATA A VITIMA QUE FOI ATÉ O RESTAURANTE PEDIR AS FILMAGENS, MAIS O DONO DISSE QUE O HD HAVIA APAGADO AS IMAGENS, LESIONADA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA UNIMED, CONFORME PRONTUÁRIO 16075. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
AGENTE DE POLÍCIA
Almiralce R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009761-6

AMANDA NERES GOMES VIEIRA 25 ANOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



Boletim de Ocorrência emitido em: 19/05/2017 15:00 - SisBO@2011-2017 AT/

Página 1/1



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Amanda Nunes Gomes Vileira

CPF da Vítima

042.927.973-66

Data do Acidente

08/04/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Dedaro, 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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Teresina, 22 de maio de 18

Local e Data

Amanda Nunes Gomes Vileira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





PACIENTE : AMANDA NERES GOMES VIEIRA

QUEIXA PRINCIPAL DO PACIENTE

VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 1HORA

HDA

PCT FEZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA E VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 1 HORA COM RELATO DE DOR EM MSE E MIE
AP DEPRESSÃO MEDICAÇÕES EM USO PRITZE// ALPRAZOLAM ALERGIA MEDICAMENTOSA NEGA
CIRURGIA PRÉVIAS CURETAGEM

EXAME FÍSICO

LUCIDA E ORIENTADA ANICTERICA E ACINAÓTICA AFEBRIL AO TOQUE
EM USO DE COLAR CERVICAL

FC 77BPM SAT 99% AAMBIENTE FR 19IPM PA130X90mmHg

ACV BRNF EM 2T
AR MV + BILATERAL
ABD RHA + NORMOTENSO, INDOLOR
EXT PERFUNDIDAS SEM EDEMAS
SNC CONTACTUANTE SEM DEFICIT

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Farias, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

DIAGNÓSTICO

POLITRAUMA

TRATAMENTO PROPOSTO

EXAMES+ ANALGESIA+ VIGILÂNCIA + MONITORIZAÇÃO

Ednan Soares Coutinho
Médico
CRM-Pi 2084

flanne

CARIMBO DO MÉDICO

HOSPITAL UNIMED TERESINA
PRIMAVERA
CONFERE COM ORIGINAL
Assinatura
Data 09/05/19



CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTCE FORTALEZA CE PL7 DATA DE POSTAGEM 02/05/2018

AMANDA NERES GOMES VIEIRA
RESIDENCIA PLANALTO URUGUAI QD A 27 CS 2 7
VALE QUEM TEM
64057-411 TERESINA PI



7211307021040415418206064830020518

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 MAI 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Goeldi de Figueiredo, 465 LDB C
Setor Norte CEP: 66.002-470
Teresina-PI

89Q-AB582

PARA USO DOS CORREIOS

☐ MUDOU-SE
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE
☐ NÃO EXISTE O Nº INDICADO
☐ SEM PORTARIA

☐ DESCONHECIDO
☐ RECUSADO
☐ NÃO PROCLARADO
☐ SEM PORTEIRO

☐ AUSENTE
☐ FALCIDO
☐ OUTROS
☐ SEM ACESSO A CAIXA RECEPTORA

REINTEGRADO AO SERVIÇO
POSTAL EM ☐ / ☐ / ☐
RUBRICA:
MATRÍCULA:

GIFUG/FO
VALIO S.A.
DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA CEDO
AV. DR. RUDGE RAMOS, 1.561
SÃO BERNARDO DO CAMPO SP
09639-900

REMETENTE

000033079 07/05/18



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 15:44:37

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315443679700000012403758>

Número do documento: 20111315443679700000012403758

Num. 13113142 - Pág. 15

Agua de Teresina

CEP: 64017-180, Teresina - PI
 0800 323 2060 ou 115 / (86) 36114-7188

NOME/ENDEREÇO: **HELLE ROZE SOARES MARQUES**
 RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 544 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64018650

CONTADOR: **001-00008-000050** GRUPO: **001** NÚMERO DO MEDIDOR: **A10X133657**

TIPO DE CONSUMO	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE
COMERCIAL - NORMAL	54,40	m³	54,40	m³
ESGOTO - NORMAL	43,52	m³	43,52	m³

ANTERIOR: 04/05/2018 168
 ATUAL: 04/05/2018 168

TABELA DE TARIFFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA NITRA	VALOR	UNIDADE	VALOR
RESIDENCIAL	VALOR REFERENTE ÁGUA - 54,40	54,40	m³	54,40
INDICA DE CONSUMO MÍNIMO 5 (m³)	> Comercial-Normal	10,0	m³	54,40
	VALOR DE ESGOTO - 43,52	43,52	m³	43,52
	> Comercial-Normal	10,0	m³	43,52

NÃO RESIDENCIAL - VALOR DE CONSUMO MÍNIMO 5 (m³)

IRREGULARIDADES / ANOMALIAS

ARQUIVOS ACUSA(M) O DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Atenção: 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 5.987/95, Art. 8º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2012 DO MS E DECRETO Nº 5.442)

PARÂMETROS	AMOSTRAS ANÁLISADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA	VALOR
CLORO LIVRE	2837	2169	668	11,57	inferior a 15,00
ODOR APARENTE	3336	2634	702	6,29	inferior a 15,00
pH	3373	2952	421	2,97	inferior a 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2012 DO MS E DECRETO Nº 5.442)

PARÂMETROS	AMOSTRAS ANÁLISADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	VALOR	VALOR
COLIFORMES TOTAIS	919	919	0	AUSENCIA	AUSENCIA
ESCHERICHIA COLI				AUSENCIA	AUSENCIA

DATA DA EMISSÃO: 04/05/2018 HORA DA EMISSÃO: 09:40

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 24 MAI 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 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 COAF**².

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 Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840173173 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Amanda Reis Gomes Vieira inscrito
no CPF sob o Nº 042927973 / 66, do sinistro de DPVAT cobertura FAA da Vítima
Amanda Reis Gomes Vieira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 042927973 / 66, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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>544</u>	Complemento
Bairro	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64.000235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Teresina PI 22 de maio de 18
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
 Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

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



SAMU
19

Dados do Chamado	01 N° do chamado 1139	02 Data do chamado 08/04/17	03 PRO (código) 2777	04 Saída do PA 2 25	05 Chegada ao local 2 35
	06 Saída do local 3 40	07 Chegada ao 1º hospital 3 10	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Primavera				
	11 Bairro B. Aires	12 Município-UF Teresina	Código IBGE		
	13 Ponto de referência Bot				
Dados do Paciente	14 Nome Almeida Nery Gomes Vieira	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade 25 A	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 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 5 - Ônibus/Micro-ônibus 2 - Automóvel 6 - Outro 3 - Motocicleta 9 - Ignorado 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 5 - Objeto fixo 2 - Motocicleta 6 - Animal 3 - Ônibus/Micro-ônibus 7 - Outra 4 - Bicicleta 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR: 4 - Espontânea 3 - A voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL: 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		
	RESPOSTA MOTORA: 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		Pulso 90 Resp. PA TAX. SatO2 97		
Assistência	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		29 Dor ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
	30 Fratura 1 - Sim Exposta Fechada 2 - Não 3 - Suspeito				
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				
	32 Hospital de Destino Unimed 33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado				
Observações Interdisciplinar	34 Óbito				
	1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte				
Observações Interdisciplinar: Vítima de acidente de trânsito, lesões de cabeça e membros superiores, não reage a estímulos, com sangramento + escoriações na cabeça e membros superiores. Não reage a estímulos. Não reage a estímulos.					
Responsável pela recepção		Socorristas			
		Médico			
		Enfermeiro			

PACIENTE : AMANDA NERES GOMES VIEIRA

QUEIXA PRINCIPAL DO PACIENTE

VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 1HORA

HDA

PCT. FEZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA E VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 1 HORA COM RELATO DE DOR EM MSE E MIE
AP DEPRESSÃO MEDICAÇÕES EM USO PRITZE// ALPRAZOLAM ALERGIA MEDICAMENTOSA NEGA
CIRURGIA PRÉVIAS CURETAGEM

EXAME FÍSICO

LUCIDA E ORIENTADA ANICTERICA E ACINAÓTICA AFEBRIL AO TOQUE
EM USO DE COLAR CERVICAL

FC 77BPM SAT 99% AAMBIENTE FR 19IPM PA130X90mmHg

ACV BRNF EM 2T
AR MV + BILATERAL
ABD RHA + NORMOTENSO, INDOLOR
EXT PERFUNDIDAS SEM EDEMAS
SNC CONTACTUANTE SEM DEFICIT

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

DIAGNÓSTICO

POLITRAUMA

TRATAMENTO PROPOSTO

EXAMES+ ANALGESIA+ VIGILÂNCIA + MONITORIZAÇÃO

Ednan Soares Coutinho
Médico
CRM-Pi 2004

flanne

CARIMBO DO MÉDICO

HOSPITAL UNIMED TERESINA
PRIMAVERA
CONFERE COM ORIGINAL
Assinatura
09/05/19
Data



HOSPITAL UNIMED TERESINA

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: HUDSON AVELAR CAMINHA
LEAL

Em 08/04/2017 07:19

Paciente: 16075 - AMANDA NERES GOMES VIEIRA

Idade: 25 Anos 6 Meses 7 Dias

Data de Nascimento: 01/10/1991

Prestador Assistente: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA

Conselho / Número Cons.: CRM 1

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 257585

Leito:

Admissão: 08/04/2017 03:09

Convênio: UNIMED TERESINA

Plano: UNIMED BASICO

EVOLUÇÃO: 327213 (FECHADO)

Responsável: HUDSON AVELAR CAMINHA LEAL - COREN
5022185

Data de Referência: 08/04/2017
Data/Hora do Documento: 08/04/2017 03:30

(03:30) Pct adi no PA após atropelamento a +-40min trazido pelo SAMU, A: vias aéreas permeas; B: MV presentes Sato2 99% FR17; C: 13x9, FC79, abd inocente, pelve estável; D: Glasgow 15; E: escoriações+cortes profundos em região posterior dos MMII; em prancha rígida, colar cervical, EGB, consciente, desorientada, fásica, eupnéica em ventilação espontânea, normotensa, normocárdica, normocorada, BNF em 2T, RHA presentes, abd plano doloroso a palpação, extremidades bem perfundidas, tempo de enchimento capilar <2s, avaliado pelo clínico e ortopedista, punção avp em MSE, monitorizada no leito 02.

(04:50) Feito exames de imagem (Tc de crânio e cervical + Rx de membros, pelve e torax), recebendo alta da ortopedia após reavaliação, feito sutura (Dra Isabel) e após melhora da sonolência alta médica com receitas.

Hudson Caminha

ENFERMEIRO

HUDSON AVELAR CAMINHA LEAL
COREN 5022185



MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 15:44:37

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315443679700000012403758>

Número do documento: 20111315443679700000012403758

Num. 13113142 - Pág. 20

Atendimento: 257585

Paciente: AMANDA NERES GOMES VIEIRA

Data de Nascimento: 01/10/1991

Médico Assistente: CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO

Prestador Responsável: EWANIELLY KAROLINNY DA COSTA

Conselho / Número COREN 673456

Idade: 25 Anos 6 Meses

Leito Atual:

Setor: RECEPÇÃO - PRONTO

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 08/04/2017

Data anotação: 08/04/2017

Hora anotação: 04:00

Responsável: EWANIELLY KAROLINNY DA COSTA

Leito:

Anotação

03:26 PACT DEU ENTRADA NESTE SETOR DE EMERGENCIA TRAZIDA PELO SAMU, EM COLAR CERVICAL+ PRANCHA+ TALA IMOBILIZADORA EM PERNA ESQUEDA, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, RESPIRANDO SEM APOPT DE O2, ENGERIL BEBIDA ALCOOLICA, APRESENTA ESCORIAÇÕES + CORTES IMPORTANTES EM MMI D/E + NEGA ALERGIA PUNCIONANDO AVP COM 1 JEL 20 + ADM: SF 500 ML EV + PROFENID+SF 100 ML EV + REALIZADO CURATIVO COMPRESSIVO EM FERIMENTOS, SOLICITADO EXAMES DE IMAGENS + VISTA PELO ORTOPEDISTA. SEGUE ENCAMINHADA PARA EXAMES SEGUE AOS CUIDADOS. EVOLUÇÃO FEITA PELA TEC TIRZA ELIDEANE FERNANDES DA SILVA. DATA 08/04/17.

10:00 PCT APRESENTANDO QUEIXAS ALGICAS, ACORDADA CONSCIENTE E ORIENTADA, ADMINISTRADO MEDICAÇÃO CPM.

11:47 REALIZADO GLICEMIA CAPILAR: 115MG/DL

12:00 REALIZADO CURATIVO EM MSD COM 02 PCT DE GAZE + SORO FISIOLÓGICO + KOLLAGENASE. SEGUE SOB CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

13 PCT REAVALIADA, AFERIDO GLICEMIA CAPILAR 115 MG/DL. PCT APRESENTANDO MELHORAS, RECEBE ALTA HOSPITALAR E ORIENTAÇÃO MÉDICA.



EWANIELLY KAROLINNY DA COSTA
COREN 673456



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 08/04/2017 12:47:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: AMANDA NERES GOMES VIEIRA

RG: 2922821

PESO:

IDADE: 25 Anos

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento: 01/10/1991

PRESTADOR ASSISTENTE: CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO

DATA DE ATENDIMENTO: 08/04/2017 03:09:03

ATENDIMENTO: 257585

TEMPO DE PERMANÊNCIA: -9 Hora(s)

CONVÊNIO: UNIMED TERESINA

PLANO: UNIMED BASICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Z916 - HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: Z916 - HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS

DIAGNÓSTICO DE ALTA: Z916 - HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

08-04-2017 TC CRANIO

08-04-2017 TC CRANIO

08-04-2017 RX TORAX

08-04-2017 TC COLUNA CERVICAL

08-04-2017 TC COLUNA CERVICAL

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA MELHORADA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: PCT VITIMA DE ATROPELAMENTO. FEZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA E VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 1 HORA DA ADMISSÃO, COM RELATO DE DOR EM MSE E MIE AP DEPRESSÃO MEDICAÇÕES EM USO PRITZE// ALPRAZOLAM ALERGIA MEDICAMENTOSA NEGA CIRURGIA PRÉVIAS CURETAGEM FOI RELATADO PELA MEDICA CIRURGIÃ DR ISABEL, SUTURA EM COXA DIREITA E ESQUERDA, SEM NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO. ENCONTRA-SE ESTÁVEL ASSINTOMÁTICA, SEM QUEIXAS, COM INDICAÇÃO DE ALTA HOSPITALAR. GLASGOW: 15 SO2:100% ACP: NORMAL ABDOME: SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL, RHA: + SOM TIMPÂNICO PA: 120/80 GC: 115 MG/DL HD: TRAUMA /VITIMA DE ATROPELAMENTO LESÃO EM COXA D e E COM SUTURA E CURATIVO CD: ALTA HOSP ANALGESIA JÁ PRESCRITA PELO CIRURGIÃO



Dr. Carlos de Assis C. F. Filho
Clínica Médica/Cardiologista
CRM: 4546-PI



Paciente...: 16075 - AMANDA NERES GOMES VIEIRA
Prescrição...: 327214 Data: 08/04/2017 03:38
Atendimento: 257585 Dt Nasc: 01/10/1991 (25a 6m 7d)
Convênio...: UNIMED TERESINA
Internação...: 08/04/2017 03:09 0 Dias(s) int
Médico...: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Unid. Int.: RECEPÇÃO - PRONTO ATENDIMENTO Leito: Cobertura:
Cid...: Z916 HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: ILANNE SARAIVA DE AREA LEO COSTA - CRM: 5494
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
9 RX COLUNA CERVICAL AP - LAT ; Exame: 56195						
10 RX COLUNA DORSAL AP - LATERAL ; Exame: 56195						
11 RX ANTEBRACO (DIREITO) ; Exame: 56195						
12 RX ANTEBRACO (ESQUERDO) ; Exame: 56195						
13 RX BACIA ; Exame: 56195						
14 RX COXA (DIREITO) ; Exame: 56195						
15 RX COXA (ESQUERDO) ; Exame: 56195						
16 RX JOELHO AP - LAT - OBLIQUAS (DIREITO) ; Exame: 56195						
17 RX JOELHO AP - LAT - OBLIQUAS (ESQUERDO) ; Exame: 56195						
18 RX PERNA (DIREITO) ; Exame: 56195						
19 RX PERNA (ESQUERDO) ; Exame: 56195						



Dra. Ilanne Saraiva A.L. Costa
Médico
CRM-PI 5494
Ilanne
ILANNE SARAIVA DE AREA LEO COSTA
CRM 5494

HOSPITAL UNIMED TERESINA
PRIMAVERA
CONFERE COM ORIGINAL
Ilanne
Assinatura
09/05/17
Data



Paciente...: 16075 - AMANDA NERES GOMES VIEIRA
Prescrição.: 327223 Data: 08/04/2017 06:02
Atendimento: 257585 Dt Nasc: 01/10/1991 (25a 6m 8d)
Convênio...: UNIMED TERESINA
Internação.: 08/04/2017 03:09 0 Dias(s) int
Médico..... PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Unid. Int.: RECEPÇÃO - PRONTO ATENDIMENTO Leito.: Cobertura:
Cid..... Z916 HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO..... ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA - CRM: 3867
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICINA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
22 C.C SUTURA					AGORA	[08/04] 06:03
Prestador Executante ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA						
23 CURATIVO					AGORA	[08/04] 06:03
Obs.: KOLAGENASE						

ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA
CRM 3867



HOSPITAL UNIMED TERESINA
PRIMA VIA
CONFERE COM ORIGINAL
Assinatura
Data 09/05/17



Paciente...: 16075 - AMANDA NERES GOMES VIEIRA
Prescrição.: 327212 Data: 08/04/2017 03:24
Atendimento: 257585 Dt Nasc: 01/10/1991 (25a 6m 7d)
Convênio...: UNIMED TERESINA
Internação.: 08/04/2017 03:09 0 Dias(s) int
Médico...: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Unid. Int.: RECEPÇÃO - PRONTO ATENDIMENTO Leito.: Cobertura:
Cid...: Z916 HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: ILANNE SARAIVA DE AREA LEO COSTA - CRM: 5494
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS						
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Esquemas
1 SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML	1	FR		IV	ACM	1.0 / 03.26
2 C.C. PROFENID IV PO SOL.INJ.100MG I-> SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1	FA		IV	AGORA	[08/04] 03.26
3 DAPIRONA SOL INJ 500MG/ML-2ML	1	AMPOLA		IV	AGORA	[08/04] 03.26
EXAMES DE IMAGEM						
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 RX TORAX : Exame: 56194						
5 TC CRANIO : Exame: 56193 Obs.: EXAME DE URGÊNCIA-SEM PREPARO. EXAME ELETIVO: JEJUM DE 4H						
6 TC COLUMNA CERVICAL : Exame: 56193						
CUIDADOS GERAIS						
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 VERIFICAR SINAIS VITAIS					AGORA	[08/04] 03.25
8 INSTALAR MONITORIZAÇÃO CARDIACA					AGORA	[08/04] 03.25



ILANNE SARAIVA DE AREA LEO COSTA
CRM 5494



Paciente...: 16075 - AMANDA NERES GOMES VIEIRA

Prescrição.: 327222 Data: 08/04/2017 05:04

Atendimento: 257585 Dt Nasc: 01/10/1991 (25a 6m 7d)

Convênio...: UNIMED TERESINA

Internação.: 08/04/2017 03:09 0 Dias(s) Int

Médico...: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA

Unid. Int.: RECEPÇÃO - PRONTO ATENDIMENTO Leito.: Cobertura:

Cid...: Z916 HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS Diagnóstico:

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA - CRM: 3867

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qty	Unidade	SN	Api	Frequência	Datas/Horários
20 C.C. MIDAZOLAM SOL INJ 15MG - 3ML (*)B1 Obs.: fazer 1 ml + 9ml ad fazer 5ml e ve acm	1	ML		IV	AGORA	[08/04] 05:05
21 C.C. FENTANILA 50 MCG/ML INJ. AMP. C/ 2ML Obs.: diluir em 1 litro de água	1	AMPOLA		IV	AGORA	[08/04] 05:06

ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA
CRM 3867



HOSPITAL UNIMED TERESINA
PRONTUÁRIO
CONFERE EM ORIGINAL
Assinado
Data 09/05/17



Paciente...: 16075 - AMANDA NERES GOMES VIEIRA

Prescrição...: 327550 Data: 08/04/2017 11:47

Atendimento: 257585 Dt Nasc: 01/10/1991 (25a 6m 8d)

Convênio...: UNIMED TERESINA

Internação...: 08/04/2017 03:09 0 Dias(s) int

Médico...: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA

Unid. Int.: RECEPÇÃO - PRONTO ATENDIMENTO Leito...: Cobertura:

Cid...: Z916 HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS Diagnóstico:

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO - CRM: 4546

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICINA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
25 C.C. GLICEMIA CAPILAR					AGORA	08/04/11:47
-> FITA P/ GLICEMIA CAPILAR	1	UND				
-> LANCETA P/ GLICEMIA CAPILAR	1	UND				

Dr. Carlos de Assis C. F. Filho
Clínica Médica/Cardiologia

CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO
CRM 4546



HOSPITAL UNIMED TERESINA
PRIMA VIA
CONFERE COM ORIGINAL

09/05/17
Data



1ª VIA

Paciente...: 16075 - AMANDA NERES GOMES VIEIRA
Prescrição...: 327446 Data: 08/04/2017 10:26
Atendimento: 257585 Dt Nasc: 01/10/1991 (25a 6m 8d)
Convênio...: UNIMED TERESINA
Internação...: 08/04/2017 03:09 0 Dias(s) int
Médico...: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Unid. Int.: RECEPTÃO - PRONTO ATENDIMENTO Leito: Cobertura:
Cid...: Z916 HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO - CRM: 4546
FUNÇÃO: MEDICO(A)

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
24 DIPIRONA SOL INJ. 500MG/ML-2ML Obs.: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA	1	AMPOLA		IV	ACM	

Dr. Carlos de Assis C. F. Filho
Clínica Médica/Cardiologia
CRM: 4546-PI

CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO
CRM 4546



Ficha de Atendimento
Urgência / Adulto



DADOS DO PACIENTE

Nome: AMANDA NERES GOMES VIEIRA
CPF: 04292797366
Mãe: JOSILENE DA SILVA NERES
Carteirinha: 00990010000043223
Convênio: UNIMED TERESINA
Endereço: QD 27 CASA CONJ PLANALTO URL
CEP:

Idade: 25
Identidade / RG: 2922821
Pai:
Senha Aut: 103214305
Plano: UNIMED BASICO
Bairro: VALE QUEM TEM
Cidade: TERESINA

Dt. Nascimento: 01/10/1991 02:00:00
Sexo: F
Telefone: 988724589
Guia: 1038327
Validade: 29/10/2018
Complemento:
Estado: PIAUI

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 257585
Origem do Atendimento: URGÊNCIA
Médico: CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO
Procedimento: CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

Prontuario: 16075

Data/Hora: 08/04/2017 03:09:03
Usuario: TPIRES

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:
Endereço:
Complemento:

Telefone:
Bairro:



Assinatura Cliente/Responsável



RELATÓRIO

NOME: *Amélia Nunes Lopes Vieira* PRONTUÁRIO: _____
 DIAGNÓSTICO: _____ CONVÊNIO: _____
 PROCEDIMENTO: _____
 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO (TÉCNICA, SUTURAS, DRENAGENS, FECHAMENTO) CIRURGIÃO

*Plasti em diâmetro vertical + Sudo caps unimeds
e Antena loop + Sutura 4 nylon
2-0 + nylon 3-0. e região posterior
de coxa esquerda - direita*

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - N.º 150102-470
Teresina - PI

Cirurgião: *[Assinatura]*
C.R.M. - PI: 3867

CONSUMO

FIOS	Nº	QUANT.	ANESTÉSICOS	UNID.	QUANT.
MONONYLON			XILOCAÍNA 2% S/V	FR	
MONONYLON			XILOCAÍNA 2% C/V	FR	
CATGUT CROMADO			XILOCAÍNA 1% S/V	FR	
CATGUT SIMPLES			XILOCAÍNA 1% C/V	FR	

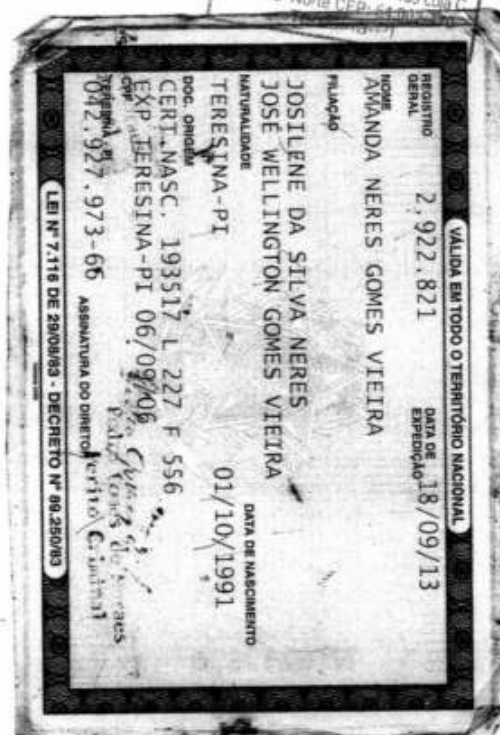
MEDICAMENTOS	UNID.	QUANT.	MATERIAIS	UNID.	QUANT.	SOLUÇÕES	UNID.	QUANT.
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FR		LUVAS Nº _____	PAR		ÊTER	ML	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	FR		LUVAS Nº _____	PAR		P.V.P.I DEGERMANTE	ML	
POMADA	FR		LÂMINA DE BISTURI Nº _____	UNID		P.V.P.I TÓPICO	ML	
SOL. RINGER C/ LACTATO	FR		SERINGA DESC _____ ML	UNID		ÁGUA OXIGENADA	ML	
			SERINGA DESC _____ ML	UNID				
			GAZE 7.5 X 7.5	ENVELOPE				
			ESPARADRAPO	CM				
			MICROPORE	CM				

HOSPITAL UNIMED TERESINA
PRIMA FÉRA
CONFERE COM ORIGINAL
Ano 09/05/17





DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 MAI 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.000-000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POLEGAR DIREITO

NELLE ROZE SOARES MARQUES

ASSISTENTE DE TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

04726262

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

INSCRIÇÃO ORFICIAL 4.119.262 DATA DE EMISSÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

PLACAO

CICERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

CRATEUS-CE

POP. DISTRITO

CERT. NASC. 529.1.000141

EXP. CRATEUS-CE 25/09/18

TERESINA - PI

840.173.173-91

ASSISTENTE DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/03 - DECRETO Nº 89.250/03

DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 15:44:37

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315443679700000012403758

Número do documento: 20111315443679700000012403758

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Amanda Neres Gomes Vieira
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 2.922.821
CPF: 042.927.973-66
Profissão: Desempregada
Endereço: R. A27 Costa 27 R. Planalto Uruguay
CEP: 64.057.411 vale qual ter
Telefone: ()

OUTORGADO:

Nome: Nelle Kozé Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 840.173.173-91
CPF: 840.173.173-91
Profissão: Recurso-me
Endereço: Rua 24 de Janeiro S/N Centro N.
CEP: 64.000.235
Telefone: ()

Peio presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Amanda Neres Gomes Vieira

5º Ofício

Teresina, 18/05/2018

Local e data

Amanda Neres Gomes Vieira

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
5º Ofício de Notas
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo
Tabela Pública
Teresina-PI

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabela
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6065

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: AMANDA NERES GOMES VIEIRA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE
TERESINA-PI, 18/05/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,25 Total: 4,70
Selo: ABC.4019 (F80P300)

ROSENIR DE MOURA LIMA-Tabela Substituta

