
Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200029967

Vítima: LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200029967

Vítima: LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA

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 superiores 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: LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000044-2

Conta: 000010112049-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 060.154.033-65 4 - Nome completo da vítima: Lidiane Oliveira de Miranda

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

5 - Nome completo: Lidiane Oliveira de Miranda 6 - CPF: 060.154.033-65

7 - Profissão: Terapeuta 8 - Endereço: C3 Bela Vista S/N 00-6 Casa-36 9 - Número: 36 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Bela Vista 12 - Cidade: Terresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000-000

15 - E-mail: lidianeoliveira@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 0044 2 CONTA: 112.049 2
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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 - _____ 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Terresina - PI 13/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Ourocard
International



4001 6382 9049 8169

12/20

LIDAUANE O MIRANDA
0044-2 112.049-2

VISA

Electron

Electron use only / Apenas para assinatura



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004161/2019-59

Complementar ao BO Nº: 100203.004160/2019-04

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

Data/Hora: 12/11/2019 - 14:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

573001

Data/Hora

08/10/2019 - 15:35

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

BR 316, Nº:

Complemento

Bairro

LOURIVAL PARENTE

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LIDAURA OLIVEIRA DE MIRANDA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3430157

Mãe: MARIA DA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA

Endereço: QUADRA B, CASA 21, Nº

Bairro: BELA VISTA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9947-7640

Nome: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 3557862

Mãe: MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA

Endereço: QUADRA B, CASA 21, Nº

Bairro: BELA VISTA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9544-5802

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/BIZ,100, ANO 2013, PLACA PIJ-1638, PROPRIETARIA MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA, PASSAGEIRA ACIMA QUALIFICADA, RELATA QUE TRAFEGAVA NA BR 316, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO PAROU SEU VEICULO SEM SINALIZAR, ONDE A VITIMA QUE ESTAVA LOGO ATRÁS DESVIOU SUA MOTO, NO MESMO INSTANTE A CONDUTOR DO VEICULO TAMBÉM DESVIOU E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADA A VITIMA/CONDUTOR FOI LESIONADA, SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA O HUT, PRONTUÁRIO 525155, PASSAGEIRA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA O HUT, PRONTUÁRIO 52512. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat.
AGENTE DE POL

Lidaure O. de Miranda
LIDAURA OLIVEIRA DE MIRANDA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lúcy Keiko Leal Parafba
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7



AVERBAÇÃO AO BO100203.004161/2019-59

AVERBA-SE ESTE B.O, PARA INFORMAR QUE O NOME DA VITIMA /NOTICIANTE É LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA E A QUADRA D . ERA O QUE TINHA A INFORMAR.

Teresina, 12/11/2019

Lidauane Oliveira de Miranda

LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Averbante


ALMIRALICE R. LEBRE CARLOS
AGENTE. DE POLICIA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, Teresina - PI 13/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Dados do Chamado	01 N° do chamado 1218	02 Data do chamado 09/10/17	03 PRO (código) 3902	04 Saída do PA 16:29	05 Chegada ao local 15:32
	06 Saída do local 16:49	07 Chegada ao 1º hospital 16:56	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço BR 316				
	11 Bairro L. Parauze	12 Município-UF T4E-PI	Código IBGE 6400000		
	13 Ponto de referência Viaduto				
Dados do Paciente	14 Nome LIDIANE OLIVEIRA DE MIRANDA				15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
	16 Idade 27/17 25/03/92	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	18 Tipo de ocorrência				
Tipo de Ocorrência	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 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
	24 Sinais Vitais Pulso 96 Resp. 10 x/min PA 10 x/min TAX 96 SatO2 96		25 Local da lesão 		
Assistência	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 7 Central 3 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		
	29 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) Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☒ Imobilização de extremidades ☒ Glicemia ☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☒ Reanimação cardiopulmonar ☐ Acesso Venoso ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Medicamentos a) ☐ b) ☐ c) ☐				
	32 Hospital de Destino HUT ☐ Não Removido ☐				
	33 Condições de entrada 2 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado				
Observações Interdisciplinar	34 Óbito 1-Sim ☐ 2-Não ☒ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte ☐				
	Colisão muito com curio, parou e apresentando luxação em cotovelo D + escorregou.				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE W. F. Lima		Enfermeiro Condutor F. P. Lima	

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 08/10/2019 17:16:16

(User: FERNANDO COUTO)

(Estação: GESS002)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA

Prontuário: 525155

Mãe: MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA

Pai:

End.Resid.: QD D CAS 21 - BELA VISTA - TERESINA - PI - CEP: 64069-990

Nascimento: 25/03/1992

Idade: 27a6m14d

Sexo: Feminino

Fone: 86-99963-4766

Responsável: GENIVAL

CNS: 708303290204860

Profissão: FISIOTERAPEUTA

Documento: Reg.Nasc: NAO INFORMADO

G. Instrução: Não informado

E.Civil: Solteiro(a)

OS DO ATENDIMENTO:

Codigo: 745464

Entrada: 08/10/2019 17:05:02

Convênio: S U S

Proced: 0301060061

Ativo da Procura

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

Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:

Classificação:

Cor:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Dor intensa

Laranja

Breve História Clas. Risco:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15. REFERE DOR

INTENSA EM MSD E ESCORIAÇÕES EM MMII. ALERGICA A DIPIRONA. *Nece dor abdominal**em tórax. Exames de imagem sem a*

SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA

COREN - 207590

Em: 08/10/2019 17:13:04

SSVV:

(Hora: ____:____)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

refere apenas dor em msd

x/retorno

TOMOGRAFIA REALIZADA
DATA 08/10/19 HORA 18:23h
EXAME: COTOVELO D
TECNÓLOGO: [Assinatura]

Diagnóstico Inicial:

CID:

Exames Complementares:

RA X REALIZADO
DATA 08/10/19 HORA
TÉCNICO: [Assinatura]

Prescrição Médica:

0408020385
 542.4

Joana Luísa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 42990
 SAME - HU
 CONFERE COM O ORIGINAL

Motivo da Alta/Encerramento:

Internação nesta Unidade

DATA: 1/1

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
 crm 3467 Em: 08/10/2019 17:16:15

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00044-2

CONTA: 000010112049-4

Nr. da Autenticação BCAF3845F8108956

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 8-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 032391395

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

CONTA MÊS **JANEIRO/2020** VENCIMENTO **14-01-2020** CONSUMO (kWh) **197** TOTAL A PAGAR (R\$) **191,24**

LUCILEIDE DO NASCIMENTO MATOS
CJ BELA VISTA S/N QD G CASA 36 BELA VISTA
CPF: 00028787790378
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 5.001.10.32.038600

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	25302	Atual:	07/01/2020
Anterior:	25105	Anterior:	07-12-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	06-02-2020
Consumo Medido:	197	Emissão:	06-01-2020
Consumo Faturador:	197	Apresentação:	07-01-2020
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	31
Código de Irregularidade:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A504512		1.1.1.1	130

HISTÓRICO KWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
DEZ/19	126	CONSUMO	197 A R\$ 0,839866 = 165,45
NOV/19	196	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	14,86
OUT/19	167	CORRECAO MONETARIA DA IL (2X)	0,12
SET/19	112	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)	1,48
AGO/19	102	MULTA POR ATRASO DE IL. (2X)	0,48
JUL/19	128	JUROS DE MORA ATRASO DE (2X)	0,25
JUN/19	165	MULTA POR ATRASO (2X)	5,65
MAI/19	169	JUROS POR ATRASO (2X)	2,95
ABR/19	135	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	2,63
MAR/19	94		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
8 A 197 - 0,629748

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Esta fatura podera ser parcelada conforme Artigo 113, paragrafo primeiro da Resolucao ANEEL 414/2010.
Parabens! Até o dia 06-01-2020, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

Você pode estar zerando o valor de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, antes de receber por meio das nossas centrais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 081F.F346.D757.6BDF.0741.EDC8.55CA.C1CA

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	36,24	Base de Cálculo:	165,45
Energia:	70,01	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	11,84	Valor do ICMS:	36,39
Encargos:	5,79	Valor do PIS:	0,92
Tributos:	41,57	Valor do COFINS:	4,26

	INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DRC			FIC			DARC	DFIC
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Conjuntura TERESINA

Período de aplicação: 11/2019 Valor: 03,40

ROT: 5.001.10.32.038600

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

equatorial
ENERGIA

0564758-4

191,24

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

01/2020

14-01-2020

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 032391395 FCAM

83640000001 1 91240017000 3 00000000564 5 75840120008 7



SEQ.: 00268 UC: 0564758-4 DT.LEIT.: 07/01/2020 T.ENTR.: 04
LEITURA: 25302 NORMAL TOTAL: 191,24 CARGA: 032
DT.VENC.: 14-01-2020 IRREG.: 000 COLETOR: 1881



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-69 (Insc. Estadual: 19.301.393-5)
Nota Fiscal / Guia de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

SEU CÓDIGO
0051869-7

Nº da Nota Fiscal 029074335

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

CONTA MÊS VENCIMENTO
OUTUBRO/2019 31/10/2019
CONSUMO (KWh) TOTAL A PAGAR (R\$)
394 411,88

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DE LEITURA	EMISSÃO	DATAS DA LEITURA
Atual: 21824	Atual: 24/10/2019	
Anterior: 21430	Anterior: 24/09/2019	
Constante de Multiplicação: 1,000	Próxima Leitura: 25/11/2019	
Consumo Medido: 394	Emissão: 23/10/2019	
Consumo Faturado: 394	Apresentação: 24/10/2019	
Forma de Faturamento: NORMAL	Dias de Consumo: 30	
Código de Irregularidade:		

Classe/Subclasse	Uso	Número Medidor	Posto	Código Pat	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	210

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
SET/19 368	CONSUMO 394 A R\$ 0,944936 = 372,30
AGO/19 285	CONTA ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP) 30,03
JUL/19 222	MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00 0,57
JUN/19 205	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00 0,13
MAI/19 204	MULTA POR ATRASO 09/19-00 7,18
ABR/19 178	JUROS POR ATRASO 09/19-00 1,67
MAR/19 243	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 4,70
FEV/19 297	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,12
JAN/19 365	
DEZ/18 57	

TARIFA DE ILUMINAÇÃO PÙB. (COSIP) 30,03
TARIFA DE JUROS DE MORA 0,57
TARIFA DE MULTA POR ATRASO 7,18
TARIFA DE JUROS DE MORA 1,67
TARIFA DE ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA 3,12
TARIFA DE ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 4,70

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

RESERVADO AO FISCO 9781.7EAF.1F83.6845.69CD.848F.D0DF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 73,20	Base de Cálculo: 372,30
Energia: 141,48	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 23,93	Valor do ICMS: 100,52
Encargos: 11,71	Valor do PIS: 1,40%
Tributos: 121,98	Valor do COFINS: 6,49%

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
Índice	DIC			IC			DMC	EM
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Composto: TERESINA-MACALHA Período de operação: 03/2019 - 09/2019

ROT: 17.001.31.11.020500



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-69 (Insc. Estadual: 19.301.393-5)

SEU CÓDIGO
0051869-7
MÊS FATURADO
10/2019
TOTAL A PAGAR - R\$
411,88
VENCIMENTO
31/10/2019
Nº da Nota Fiscal: 029074335 FCAM

83650000004 4 11880017000 3 000000000051 3 86971019008 1



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT. LEIT.: 24/10/2019 F. ENTR.: 09
LEITURA: 21824 NORMAL TOTAL: 411,88 CARGA: 010
DT. VENC.: 31/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lidiane Oliveira de Miranda inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.154.033/65 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Lidiane Oliveira de Miranda inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.154.033/65, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 13 de Janeiro de 2020
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 1218	02 Data do chamado 09/10/17	03 PRO (código) 3912	04 Saída do PA 11:29	05 Chegada ao local 15:38
	06 Saída do local 16:49	07 Chegada ao 1º hospital 16:56	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço R. C. 316	11 Bairro L. Paracatu	12 Município-UF T4E-PI	Código IBGE 6400000	
	13 Ponto de referência Viaduto				
Dados do Paciente	14 Nome LIDIANE FERREIRA MIRANDA	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado			
	16 Idade 39/17 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exams complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		24 Sinais Vitais Pulso 96 Resp. 20 x6 PA 10 x6 TAX 48 SatO2 98
	25 Local da lesão 				
Assistência	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais		27 Pulso Radial ☒ Central ☒ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		29 Escala de Dor de 0 a 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
Hospital de Destino	30 Fratura 1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☒ 2 - Não ☒ 3 - Suspeito ☐		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☒ Imobilização de extremidades ☒ Oxigênio ☐ Colar cervical ☒ Reanimação cardiopulmonar ☐ Curativos ☒ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a) ☐ b) ☐ c) ☐		
	32 Hospital de Destino HUT		33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		
Observações Interdisciplinares	34 Óbito 1 - Sim ☐ 2 - Não ☒ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte ☐				
	35 Observações Interdisciplinares Paciente muito com medo, parou de apresentar-se. Inicialmente em estado de consciência.				
Responsável pela recepção [Assinatura]		Socorristas Médico AE/TE [Assinatura]		Enfermeiro Condutor [Assinatura]	



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Leidouane Oliveira Miranda

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 525155

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: 47330
SAM - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: **LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA** Pai: _____
Mãe: **MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA** Pai: _____
End. Resid.: **QD D CAS 21 - BELA VISTA - TERESINA - PI - CEP: 64069-990**
Nascimento: **25/03/1992** Idade: **27a6m14d** Sexo: **Feminino** Fone: **86-99963-4766**
Responsável: **GENIVAL** CNS: **708303290204860**
Profissão: **FISIOTERAPEUTA** Documento: **Reg.Nasc: NAO INFORMADO**
G. Instrução: **Não informado** E. Civil: **Solteiro(a)**
Prontuário: **525155**
OS DO ATENDIMENTO: **Entrada: 08/10/2019 17:05:02** Convênio: **S U S** Proced: **0301060061**
Codigo: **745464**
Ativo da Procura: **ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)**
Conforme Paciente/Acomp: **AMBULÂNCIA DO SAMU**

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: **Classificação:**
DORES EM EXTREMIDADES **Dor intensa** Cor: **Laranja**
Breve História Clas. Risco: **SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA**
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15 - REFERE DOR **COREN - 207590**
INTENSA EM MSQ E ESCORIAÇÕES EM MMII. ALERGICA A DIPYRONA. Neg do abdômen **Em: 08/10/2019 17:13:04**
em torácica. Exames de imagem sem E

SSVV: (Hora: ____:____) **bmp** Pressão: ____ mmHg

Peso: **0,00 Kg** Altura: **0,00 M** IMC: **0,00 Kg/m2** Pulso: ____

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

refere apenas dor em msd

____/retorno

TOPOGRAFIA REALIZADA
DATA 08/10/19 HORA 18:23h
EXAME: COTOVELO
TECNÓLOGO: _____

Classificação Inicial:

Exames Complementares:

RA - X REALIZADO
DATA 08/10/19 HORA _____
TÉCNICO: _____

Prescrição Médica:

0408020385
542.4

Joana Inês Mendes de Mesquita
Matrícula: 4790
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Motivo da Alta/Encerramento:

Internação nesta Unidade

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Assinatura Paciente ou Responsável

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
crm 3467 Em: 08/10/2019 17:16:15

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

525/55-

Nome do Paciente <u>LIQUANE O. NUNUN</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>FRATURA DE CABEÇA MDA + TROCA COMINUTIVA (D)</u>		
Operação - Tipo <u>ANTROPOMIA CABEÇA MDA + TROCA FRAGMENTOS MDA</u>		
Cirurgião <u>LAETSE</u>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <u>Fabiana</u>	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <u>17/01/19</u>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAM - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① DDA ② ASSEPTA ③ Limpeza
- ④ MDSO de Kellner ⑤ TROCA
- ⑥ TROCA MDA ⑦ TROCA DE
- FRAGMENTOS ANTERIORES NA TROCA ⑧
- IMPORTE DA CURETOMA Nº 12 ⑨
- ATMISTO ⑩ VENTIL ⑪ VENTIL
- ⑫ TROCA

Laetse Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia

Paciente vítima de acidente motociclístico.
Relata dor em MSD e escoriações em MSD.
nega dor torácica e abdominal. Ao exame
em BEG, consciente, orientada. ECG = S5,
pupilas isocóricas, fotoreagentes. ACP sem alterações.
Exames de imagem sem alterações. Sutures já realizadas
Sem conduta cirúrgica no momento.
Encaminha aos cuidados de ortopedia.

Fabrizio M. Azevedo
Cirurgião Geral
CRM-PT 4943 - RGE Nº 3278



FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE				UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO	
DATA: 17/10/19	P. ARTERIAL 120 x 77	PULSO 71	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO 60	ALTURA			
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA			
EXAMES DE URINA									
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA normal									
SISTEMA CIRCULATÓRIO normal									
SISTEMA RESPIRATÓRIO supneica									
SISTEMA DIGESTIVO + de 8 h de jejum									
ESTADO MENTAL consciente, orientada									
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO fratura úmero distal D									
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)									
APLICADO AS									
EFEITOS									
TOTAL DE DOSES									
1. fentanyl - 200 mcg 2. hidrocodona - 80 mg 3. propofol - 300 mg 4. midazolam - 25 mg 5. ceftriaxona 20g 6. amoxicilina 20mg 7. dexametasona 1mg 8. ranitidina 50mg 9. clonidina 4mg 10. ondansetron 3mg 11. cetamina 20mg 12. atropina 1mg 13. Neostigmina 14. morfina 5mg 15.									
SEQUÊNCIA									
1. Checar vital 2. monitorar 3. Indicar volume 4. Jor. litro 7 com qual 5. sem intercorrências 6. Vm2 (modo PAV. prep 7. Pneu. 18) 8. potassio 2ml 9. 100ml 10. 100ml 11. 100ml 12. 100ml 13. 100ml 14. 100ml 15. 100ml									
SÍMBOLOS									
DURAÇÃO 1h									
TÉCNICAS Anestesia Geral balanceada									
OPERAÇÕES Tto de fratura úmero distal aberta									
CIRURGIÕES LAO									
ANESTESISTAS Joana									
PARITICULARIDADES									
INCIDENTE - ACIDENTE									
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS									

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula 147300
SANE - HUT
CONFERE COMO ORIGINAL



FMS
Fundação Municipal
de Saúde

Atropina a digénica

[illegible]

MÉDICO/CRM:

MOD: 007 - HUT



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

250344

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	24922

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA	6 - Prontuário: 525155
7-NS: 708303290204860 8-Nascimento: 25/03/1992 9-Sexo: Feminino	
10-Mãe: MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA	12-Fone: 86-99963-4766
11-Resp: GENIVAL	14-Cor: Sem Informação
13-Ende: QD D CAS 21 - BELA VISTA - CEP: 64069-990	
15-Munic: TERESINA 17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64069-990	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: PACIENTE VITMA DE DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR E FRATURA DE UMEMO	
21 - Condições que justificam a internação: TTO CIRURGICO	



22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): RX+ EXAME FISICO	
23-Diagnóstico Inicial: Fratura da extremidade inferior do úmero	24-CID Prim: S424 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020385	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA SUPRACONDILIANA DO UMEMO	Tempo
29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01 31-Docum.: CPF 32-Doc. Méd. Solic.: 004.798.243-80	Dr. André Luís de Almeida CRM: 6930
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO	34-Data Solicitação: 08/10/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: (MARIA SILVA) Consulta Local: 745464 Consulta SUS: Impressão: 08/10/2019 18:39:55



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS
Fundação Municipal
de Saúde

Fis N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 17/10/2018

NOME DO PACIENTE: <u>Silviana Oliveira Micaela</u>	PRONTUÁRIO N°: <u>525155</u>
DIAGNÓSTICO: <u>frat. CAB. MNC + TRAUMA</u>	CIRURGIA: <u>Fratura de CAB. MNC</u>
ANESTESIA:	N° DA SALA: <u>03</u>
CIRURGIÃO: <u>LAETSE</u>	CPF N° <u>Lao-Tsé Frontiers</u> TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia CRM-PI 2660 SBOT 10306
AUXILIAR:	CPF N°
ANESTESIA:	CPF N°
INSTRUMENTADORA: <u>Joana</u>	CPF N°

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA N° 4-0	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N° 2-1/2	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ÁLCOOL 70%	ML	20		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	50	
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	-	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	-	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° 22	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	Joana Luísa Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON				ENFERMARIA: CIRCULANTE: <u>Joana Luísa Mendes de Mesquita</u> <u>20078</u>			
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENO							



**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- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código de
Internação

4-CNES

5828856

2492

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3- Nome: **LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA**

4-CNS: **708303290204860**

8-Nascimento: **25/03/1992**

9-Sexo: **Feminino**

6 - Prontuário: **525155**

5- Mãe: **MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA**

NAOP INFORMADO

13- Respi: **GENIVAL**

12-Fone: **86-99963-4766**

15- Endereço: **QD D CAS 21 - BELA VISTA - CEP: 64069-990**

14-Fone: **86-99963-4766**

16- Cidade: **TERESINA**

17-Cod. IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64069-990**

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod. Proced. Princip.

0408020059

30 - Procedimento Principal / Descrição:

ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RÁDIO

31-Cod. Procedi-
mento Especial

0702031127

32 - Descrição do Procedimento Especial:

PROTESE DE CABEÇA DE RADIO

Quant. Soli-
cidada:

1

Fornecedor da OFM: **PIMES**

33- Profissional Responsável:

LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

40-Tp. Documento:

CPF

Data Solicitação:

17/10/2019

40-No. Doc. Méd. Solic.:

746.635.933-72

41-Ass. Carimbo Méd. J. 10/19

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

42- Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

43-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

50- Nome do Profissional/parecer controle
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(ANTONIO EURIVAN)

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SUS - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA** (Prontuário: 525155)
Endereço: QD D CAS 21 - BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 25/03/1992 Idade: 27a6m21d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 745464
Requisição: 1009993 Solicitação: 08/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1330173 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 08/10/2019

COTOVELO DIREITO

O estudo radiológico do cotovelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. As seguintes aspectos foram observados:

- Fraturas completas recentes no úmero distal com desvio e na cabeça do rádio.
- Aumento de volume de partes moles.

Dr. CEZAR

TERESINA - PI 15/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAMBUT HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA** (Prontuário: 525155)
Endereço: QD D CAS 21 - BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 25/03/1992 Idade: 27a6m21d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 745464
Requisição: 1009993 Solicitação: 08/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1330174 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 08/10/2019

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em
perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura completa recente na cabeça do rádio.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 15/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Almeida
Márcia de Almeida
SAME - HUT
CONFERE COM O ORDEM

**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

Página: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA** (Prontuário: 525155)
Endereço: QD D CAS 21 - BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 25/03/1992 Idade: 27a6m21d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 745464
Requisição: 1009993 Solicitação: 08/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Atividade: 1330175 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod: STA. 0204040094

Data Exame: 08/10/2019

MAO DIREITA

- estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Seus seguintes aspectos observados:

- Fratura completa recente no colo do 3º metacarpo com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

LUIZ CEZARI

TERESINA - PI 15/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes da Mesquita
Matrícula: 47840
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA** (Prontuário: 525155)
Endereço: QD D CAS 21 - BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 25/03/1992 Idade: 27a6m14d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 745464
Requisição: 1010022 Solicitação: 08/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1330218 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0206020015

T.C. DE COTOVELO DIREITO

Data Exame: 08/10/2019

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

RELATÓRIO:

- FRATURA IMPACTADA NA REGIÃO DO COLO/CABEÇA DO RÁDIO.
- FRATURA COMINUTIVA ACOMETENDO A TRÓCLEA, COM FRAGMENTOS DESALINHADOS.
- PEQUENO DERRAME ARTICULAR.
- INTERLINHAS ARTICULARES PRESERVADAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

JOÃO ANTONIO

TERESINA - PI 08/10/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAÚDE HUT
CONFERE COM O ORIENTADOR



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.922.917/0022-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA** (Prontuário: 525155)
Endereço: QD D CAS 21 - BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Exame: 25/03/1992 Idade: 27a6m27d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 249226
Requisição: 1013359 Solicitação: 17/10/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1337361 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 237 LEITO 30

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 17/10/2019

COTOVELO DIREITO

O estudo radiológico do cotovelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

- Artroplastia com prótese metálica bem posicionada na cabeça do rádio.
- Tala gessada.

(LIDAO ANTONIO)

TERESINA - PI 21/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Menezes
Médica - HUT
Matrícula: 17350
SABE - HUT
CONFERE COM O RESPONSÁVEL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0812262

Lidaune Oliveira de Miranda
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.420.157 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/02/16

NOME LIDAUNE OLIVEIRA DE MIRANDA

FILIAÇÃO MARIA DA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA

NATURALIDADE LINDOMAR LIMA DE MIRANDA

URUÇUI-PI DATA DE NASCIMENTO 25/03/1992

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 23754 4 67 E 219

EXP URUÇUI-PI 26/02/99

060.154.033-65

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.319 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




0476253

Nelle Roze Soares Marques
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

RELACÃO

CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTÔNIO SOARES JUCUNDE
NATURALIDADE

CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DCC. ORDEM

CERT. NASC. 529 L A1/F 141
EXP. CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200029967 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA **Data do acidente:** 08/10/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO DISTAL E CABEÇA DO RADIO À DIREITA. P 12, 15
FRATURA DO 3º METACARPO DA MÃO DIREITA. P 14

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). p4
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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 SUPERIOR DIREITO.

**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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025468/20

Vítima: LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA

CPF: 060.154.033-65

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/10/2019

Titular do CPF: LIDAUANE OLIVEIRA DE
MIRANDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA : 060.154.033-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/01/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200029967 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA **Data do acidente:** 08/10/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO DISTAL E CABEÇA DO RADIO À DIREITA. P 12, 15
FRATURA DO 3º METACARPO DA MÃO ESQUERDA. P 14

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). p4
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

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 MODERADA DO COTOVELO DIREITO.

**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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Lidiane Oliveira de Miranda
 RG: 3.420.157 ORG. EMISSOR: SSPI/PI D. EXPEDIÇÃO: 12/02/16
 CPF: 060.354.033-65 ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Fisioterapeuta
 ENDEREÇO: C5 Bela Vista S/N Q-6 C-36 Nº: 36
 COMPLEMENTO: Casa BAIRRO:
 CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64000-000 TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES
 RG: 4.119.262 ORG. EMISSOR: SSS/PI D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
 CPF: 840.173.173-91 ESTADO CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: RECUSO
 ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO Nº: 544
 BAIRRO: CENTRO CIDADE: TERESINA UF: PI CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Lidiane Oliveira de Miranda

Data do acidente de trânsito: 08/10/2019

Cobertura da vítima: Involuntária

LOCAL / DATA: 13/03/2020

Lidiane Oliveira de Miranda

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
 3º OFÍCIO DE NOTAS
 JESSICA ALINE DE MENESES SILVA

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LIDIANE OLIVEIRA DE MIRANDA, DOU FE. EM TEST. Nº 13/01/2020, TERESINA-PI, 13/01/2020, Selo: AAR07803-33QH
 www.tjpi.jus.br/portaleletr
 JESSICA ALINE DE MENESES SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA
 Selo: 13/05/2020 FONE/PI: 019 Selo: 0726 Total: 4,98 - OP: 179
 PROCURADOR PARTICULAR

Car: 00000000000000000000000000000000
 CONSULTA E SELO DIGITAL



Cartório
Hermesdociles
Salgado
v. 1000 10 1000

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lúcio Magalhães, 112 - Centro - CEP 64020-26 - Teresina - PI
Telefone: (62) 3221-0115 - E-mail: teresina@teresina.pi.br
Cidade: Teresina - Estado: Piauí