



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CARIRIACU
Impresso nº 2020106673



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 436 - 7802020 GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **05/02/2020 13:02:40**
Data / Hora da Ocorrência: **29/09/2018 23:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD PADRE CICERO, ZONA RURAL -**
CARIRIACU/CE
Ponto de Referência:

DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
Delegacia Municipal de Caririacu

Noticiante(s)

Nome: **MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA**
Nascimento: **03/09/1982** CPF: **952.202.593-34**
RG: **2129909** Orgão Emissor: **SSP** UF: **PI**
Filiação: **MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA**
MILTON LIDIO DA COSTA
Endereço: **QUADRA LOTE 14, CASA A , 111**
Bairro: **PROMORAR** CEP:
Município: **TERESINA/PI**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **GPN7949** Uf: **PI** Município: **TERESINA** Chassi:
9BM664198SC083547 Renavam: **644609630** Tipo do Veículo: **ONIBUS**
Marca / Modelo: **M.BENZ/O 400 RSD** Ano Fabricação: **1995** Ano Modelo:
1996 Combustível: **DIESEL** Cor: **BRANCA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertido das penalidades da lei compareceu a esta Delegacia de Polícia informando que estava viajando como passageira no ônibus M. Benz, cor branca, placa GPN7949, com destino ao município de Canindé quando no endereço da ocorrência aconteceu um acidente envolvendo o veículo em comento, fato este investigado através do Inquérito Policial 436 - 132/2018, que do acidente sofreu uma fratura no braço direito; Que está realizando este boletim para fins de DPVAT; E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CARIRIACU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO ANGELO ALCANTARA SALES - MAT.: 3009221x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Mara Raquel dos Santos Costa

VISTO DO DELEGADO(A) :

WANINI GALIZA RIZZI - MAT.: 300799-1-4

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 952-202-593-34 Maria Raquel dos Santos Costa

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

5 - Nome completo: Maria Raquel dos Santos Costa 6 - CPF: 952-202-593-34
7 - Profissão: Recuso-me 8 - Endereço: con Promotor Q. 333 C 34 A 9 - Número: 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Promotor 12 - Cidade: Terezina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64027270
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86198823-4536

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) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1987 CONTA: 49956 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Terezina - PI, 06/02/2020.

Maria Raquel dos Santos Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200065718

Vítima: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

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: **MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001987**

Conta: **0000049956-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200065718

Vítima: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000049956-2

Nr. da Autenticação 7F7D5FBDDD619655

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA
Pront.: 166106 Data Nasc.: 03/09/1982 Idade: 36 ano(s) 0 mes(es) e 27 dia(s) Admissão: 30/09/2018 01:28
Mãe: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA
Sexo: Feminino RG: Município: INDEFINIDO
CEP 64000-000 Bairro: Tel.:
Endereço: Num: .

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador AMANDA SOUZA DE ALMEIDA Horário 30/09/2018 01:33
Queixa: DOR EM MSD
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR MODERADA

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: BRENO ABIMAELO MACEDO CRUZ CRM: 6 Nº: 449854 Horário 30/09/2018 02:43
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE ONIBUS COM DOR EM MAO E COTOVELO DIR APOS TRAUMA
AO EXAME
NV PRESERVADO
ADM LIVRE
NV PRESERVADO
SEM SINAIS DE SD COMPARTIMENTAL
RX E ANALGESIA
REAV

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX COTOVELO D AP/P (0204040078)	30/09/2018 02:49	Não	Pendente
RX ANTEBRACO D AP/P (0204040019)	30/09/2018 02:49	Não	Pendente
RX PUNHO D AP/P (0204040124)	30/09/2018 02:49	Não	Pendente
RX MAO D AP/OBLIQUO (0204040094) AMB	30/09/2018 02:49	Não	Pendente

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA
Pront.: 166106 Data Nasc.: 03/09/1982 Idade: 36 ano(s) 0 mes(es) e 27 dia(s) Admissão: 30/09/2018 01:28
Mãe: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA
Sexo: Feminino RG: Município: INDEFINIDO
CEP 64000-000 Bairro: Tel.:
Endereço: Num: .

PRESCRIÇÃO

Médico: BRENO ABIMAEEL MACEDO CRUZ

CRM 13375 30/09/18 02:46

Prescrição	Horário:
X E REAV DA ORTOPEDIA	
PARACETAMOL 500MG + CODEINA 30MG -COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 6/6 H	23 9h
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H	23 9h
DIETA ZERO - EXAMES (RM, TM, LAB OU US)	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito



Dr. Breno A. Macedo Cruz
CRM 13375
Médico - Ortopedia e Traumatologia
Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Maria Raquel dos Santos Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 491770

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".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 18/10/2018 16:58:07
(User: CAMILA NORBERTA)
(Estação: RECEPCAO02)

Prontuário: 491770

Nome: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

Mãe: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA

Pai:

End.Resid.: QD 111 LT 14 CS A - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010

Nascimento: 03/09/1982

Idade: 36a1m15d

Sexo: Feminino

Fone: 86- 3227-3541

Responsável: O MESMO

Profissão: BALCONISTA

CNS: 705003264114858

G. Instrução: Médio Completo

Documento: CPF: 952.202.593-34

End.Local.: - - -

E.Civil: Viuvo(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 689730

Entrada: 18/10/2018 16:55:35

Convênio: S U S

Proced:

Motivo da Procura

(Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS SUPERIORES

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Final/Sintoma de Apresentação:

Classificação:

Cor:

Indefinido

Breve História Clas. Risco:

SSVV:

(Hora: :)

Peso:

Kg

Altura:

M

IMC:

Kg/m2

Pulso:

bmp

Pressão:

mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Recente regurgitar

pd: status supra cilio (D)

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

CID:

Prescrição Médica:

Internap

SS22
OK 08020431

Motivo da Alta/Encerramento:

DATA:

HORA:

+ Clésia de Sousa Silva

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Roldo Rego
Ortopedista
CRM-PI 3531/CRM-M 6487



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

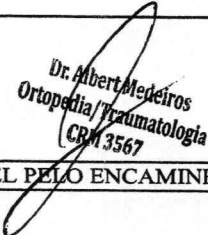
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 393331830	Nº REGULAÇÃO: 45763	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO:	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE:	MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA	NASCIMENTO: 03/09/1982

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:			
TRAUMA EM ANTEBRAÇO HÁ 03 SEMANASRX FRATURA ANTEBRAÇOENCAMINHO PARA CIRURGIA			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS:			
EXAME FISICORX			
DIAGNÓSTICO(CID): FRAT DO ANTEBRACO			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA:	18/10/2018 14:12:26
 Dr. Albert Medeiros Ortopedia/Traumatologia CRM 3567 MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO	

JANE ANTONIA LIMA DIAS DE SOUZA
Matrícula 147467
SAE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



HOSPITAL DE VEREACIA

PRESCRIÇÃO MEDICAL

[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Mara Raquel das Santos IDADE 22 anos DATA 22/10 /2018

HORÁRIO DE ADMISSÃO 15 hs 20 min TIPO DE ANESTESIA GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA ultra (b) CIRURGIÃO Lourenço

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>120 x 97 mmHg</u>		<u>125 x 63</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>71 bpm</u>		<u>89</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>93%</u>		<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Lourenço</u>		

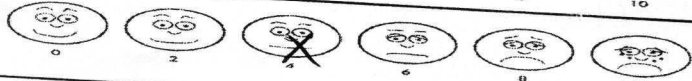
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR		ADMISSÃO		SAÍDA
Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐
Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☒	0 ☐	0 ☐
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐
Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
TOTAL		<u>09</u>		
ASS.		<u>[assinatura]</u>		

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



() Sonda Vesical

() Dreno de Sucção

() Dreno Torácico

() DVE

() Colostomia

Sonda () Nasog () Nasoe

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido na SRPA em POI de
fratura de ulna (b); segue calma; consciente; orientado.

[assinatura]
Lorena I. Mendes de Carvalho
Anestesiologista
CRM 27.357

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] PORT [] NEU [] CIR [] MÉD

Terminado

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 141636
AIH: 2218101771150



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA	03/09/1982	F	491770
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
95220259334		MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA	MARA RAQUEL	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
				14
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
PROMORAR		TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

PACIENTE ENCAMINHADA COM FRATURA DE DIAFISE ULNA DIREITA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRURGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S522 - FRATURA DA DIAFISE DO CUBITO ULNA

CID 10 SECUNDÁRIO CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO DA ULNA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

18/10/2018

ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO

CPF: 83823077368

CRM:

DATA ADMISSÃO

18/10/2018 16:55

DATA ALTA

23/10/2018 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO
CPF: 37320645300

CRM:

DATA ANALISE: 18/10/2018 17:25:46

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 22 / 10 / 15NOME DO PACIENTE: Mara Raquel das S. Costa PRONTUÁRIO Nº: 491770

DIAGNÓSTICO: _____

CIRURGIA: _____

ANESTESIA: _____

Nº DA SALA: 06CIRURGIÃO: Dr. Bruno

CPF Nº: _____

AUXILIAR: _____

CPF Nº: _____

ANESTESIA: Dr. Fernanda

CPF Nº: _____

INSTRUMENTADORA: Raquel

CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>6.5. 7.10 e 7.15</u>	PAR	<u>06</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>03</u>		LUVA Nº <u>8.10 e 8.15</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>20</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>250</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>250</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>03</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>350</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>200</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>90</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>05</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>03</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>03</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>002</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>30</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	<u>01</u>	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>05</u>	
GASES	PAC.	<u>05</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>01</u>	
JELCO Nº	UNID.	<u>03</u>		<u>Crepes</u>	<u>le</u>	<u>03</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	<u>3-0</u>	<u>02</u>					
FITA UMBILICAL							
VICRYL	<u>0</u>	<u>02</u>		ENFERMARIA: <u>Felipe</u>			
PROLENE				CIRCULANTE: <u>Evandro</u>			

Jane Simão das de Souza
Matrícula: 047467
SAME - FUT
CONFERE COM O ORIGINAL



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Moisés Rosendo S. Costa
Diagnóstico pré-operatório Fratura de Ulna ①
Operação - Tipo Redução Cirúrgica + fixação interna com placa + parafusos
Cirurgião Dr. Bruno 1º Assistente Dr. Bruno
2º Assistente CRM: 42107 3º Assistente
Instrumentador(a) Anestesista Anestesia
Anestésico(a)

Data da Operação Início Fim
Diagnóstico Pós-operatório Fratura com 1 mês de evolução, com formação de calo. Realizando Coloclosia

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

1) Paciente em DDH sob anestesia 2) Prepou habitual 3) Via dorsal direta em antebraço ① (bordo ulnar) 4) Coloclosia + osteotomia em diáfise de ulna 5) Redução Cirúrgica + fixação interna com placa + parafusos em ulna ②. 6) Fechamento por planos 7) Curativo.

Jane Simone Lima Dias de Souza
Matrícula: 057467
SAMB-HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Maria Raquel das Santos CostaSala: 06Alergia: NegaData: 22.10.18Procedimento: OsteosínteseCirurgião: Dr. Zé RenatoObservações: Nega comorbidades

Agentes	Unid	1h	15	30	45	1h	15	30	45	1h	15	30	45	1h	15	30	45
1 Propofol	160mg																
2 Gentamicil	300mg																
3 Atracurium	50mg																
4 Cetamina	25mg																
5 Alfaxolona	20g																
6 Dipriona	20g																
7 Dexmedetomidina	10mg																
8 Ranitidina	50mg																
9 Cetopropileno	100mg																
10																	
11 Etomidat																	
12 Atropina	100mg																
13 Neostigmina	1mg																
Oxigênio	11hm																
AR/N2O	11hm																
Volatil	Sevoflurano	2%															

Acesso Vascular

- ☒ Periférico Prévio
Cat. Venoso nº G
☐ Dificuldade acs. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
☒ IOT nº 8.0
☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☒ ETCO2
☒ Outros Analisador de gases

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☒ Geral Balanceada
☐ Raquianestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Decúbito: DDH

SPO2 (%)	98%	99%	100%	100%	99%	99%
ETCO2 (mmHg)	36	34	33	33	32	
Aces. Venoso	SA	RA				
Aces. Venoso	500ml	500ml				
Diurese						
Perdas Sanguíneas						

Descrição da Anestesia: Monitorização + Pré-anestésico + Ventilação prévia
Pré-oxigenação + indução venosa com IOT + VMs s/ intubação
Intubação orotraqueal + Monitorização inalatória
Extubação + RPA.

Dra. Fernanda R. S. Santos Gonçalves
Anestesiologista



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 225344
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA	6 - Prontuário: 491770
7-CNS: 705003264114858 8-Nascimento: 03/09/1982 9-Sexo: Feminino CPF: 952.202.593-34	
11-Mãe: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA	12-Fone: 86- 3227-3541
13-Resp: (O MESMO)	14-Fone:
15-Ender: QD 111 LT 14 CS A - PROMORAR - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA 17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408020431	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030899	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidada: 1
Fornecedor da OPM: BIOSINTESE		

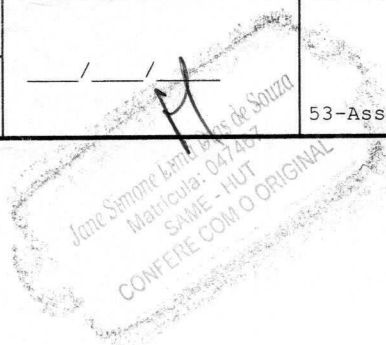
38-Profissional Responsável: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Bruno Freire Ortopedia e Traumatologia CRM: 4245 / TEST. 1417 41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 22/10/2018	40-No.Doc. Méd. Solic.: 838.230.773-68	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura de ulna (D)

46 - Nome do Profissional Autorizador: José de Ribamar Santos Filho Assessor de Auditoria - OPE-AN-PR CRM - PI: 1808 - CPF: 373.106.453-00 CNS 170600533260002	47-Data Autorização: 13/11/18	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE <i>Maria Rafael dos Santos Costa</i>		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA <i>CAR EXT</i>	ENE ou APT.	LEITO
DIAGNOSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALERCIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE <i>ORTOPEDIA</i>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: <i>18/10/18</i> HORA: <i>14h</i>		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
Livia Borges Visto Nutricionista HUT CRN 6ª Reg. 2218				<i>17.35 Admitida no Posto</i> <i>01 Enfermeira Chaves Cavalcante</i> <i>COREN: 79289</i>		
1 - Dieta geral 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 5/7h 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h 5 - Resatidina 50mg + ADEV 8/3h 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/3h 7 - CCCG + SSV		<i>20C</i> <i>20C</i> <i>20C</i> <i>20C</i> <i>20C</i> <i>20C</i>		<i>22h - tubacão 88u</i> <i>PA 130x80 P 60 bpm</i> <i>leito</i>		
Dr. Roceldo Rego Ortopedista CRM-PI 3531 CRM-MA 6469						
Jane Simone Lins Mairécia CRM-PI 017487						
CONFERE COM O ORIGINAL SAME - HUT						



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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA** (Prontuário: 491770)
Endereço: QD 111 LT 14 CS A - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/09/1982 Idade: 37a3m9d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 225344
Requisição: 885567 Solicitação: 22/10/2018 Solicitante: BRUNO SOARES FREIRE
Controle: 1097570 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 SUPLEMENTAR EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 22/10/2018

ANTEBRACO DIREITO

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

- Fratura cominutiva alinhada em diáfise média da ulna direita, fixada por placa e parafusos metálicos.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 12/12/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



Nome: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA
Dt. Nasc: 03/09/1982 Idade: 36 anos Sexo: Feminino RG: 2129909
CPF: 95220259334
Médico Solicitante: Giordano Cronemberger Alves do Nascimento
Atendimento: 3576844 Prescrição: 2773274
Data: 23/08/2019 13:08:41

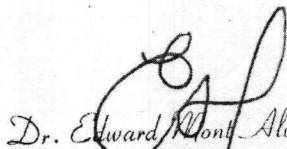
RX DIGITAL DO ANTEBRAÇO DIREITO (02 INC.)

ACHADOS:

Placa e parafusos metálicos de fixação na projeção da diáfise média da ulna.
Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.
Partes moles sem alterações radiológicas.

CONCLUSÃO:

1. PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS DE FIXAÇÃO NA PROJEÇÃO DA DIÁFISE MÉDIA DA ULNA;
2. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.


Dr. Edward Mont Alverne
CRM 2738



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí
Fone: (86) 3131-1234 Fax: (86) 3223-4826
E-mail: falecom@medimagem.com.br
Visite nosso site: www.medimagem.com.br

COPIL
MARA RAQUEL DOS SANTOS COST
ID: 107022
04/10/2018 17:57
ARILANNY

Perfil

Direito

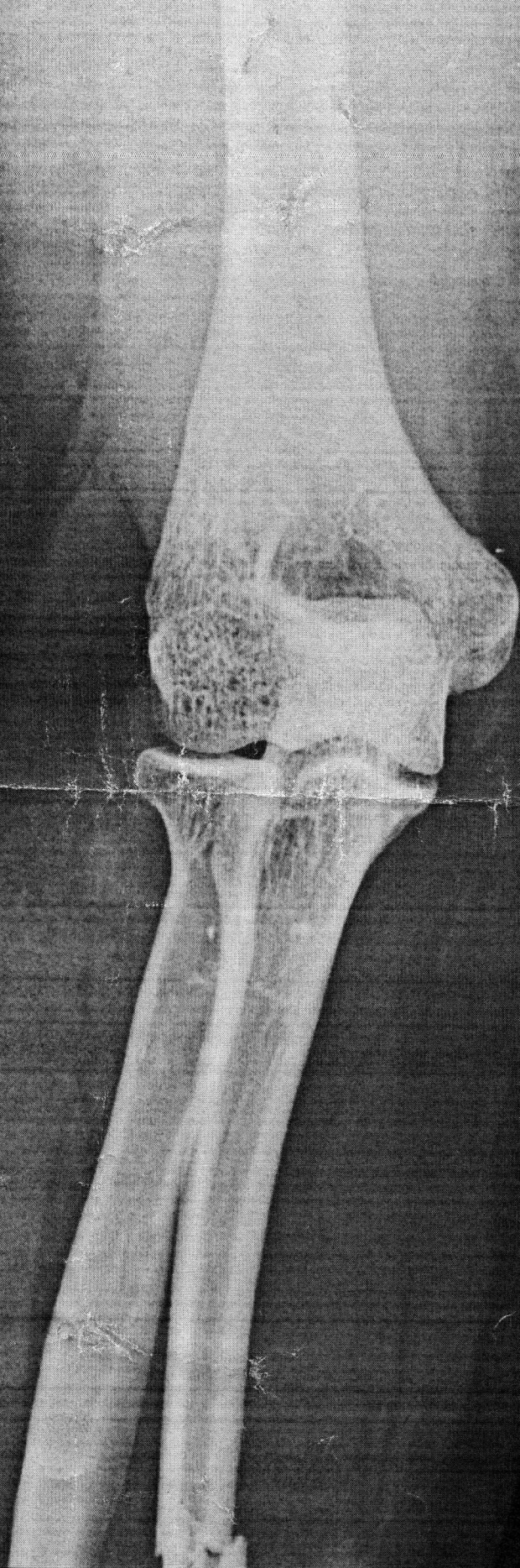
PA





RUA PIRES DE CASTRO, 692 SUL TERESINA-PIAUI

More Kageul



NOTICE: JPEG image for reference.

Marie Roussel



NOTICE: JPEG image for reference.

MED-IMAGE M RAO X DIGITAL CR ELITE 1 - RUA PAISSANDU, 1862.
 SANTOS COSTA, MARA RAQUEL DOS
 Sep 03 1982 F 550162
 Acc: 7642856
 2019 Aug 23
 Acq Tm: 13:07:51.031
 DIR.

EX: lateral
 Se: 2/2
 m: 1/1
 ANTEBRACO



n:DCM / Lin:DCM / Id:ID
 :4096 L:2048
 IMAGE MAY NOT BE TO SCALE

MED-IMAGEM RAO X DIGITAL CR ELITE 1 - RUA PAISSANDU, 1862

Ex: SANTOS COSTA, MARA RAQUEL DOS

AP DIR. Sep 03 1982 F 550162

C: Acc: 7642856

Se: 1/2 2019 Aug 23

Im: 1/1 Acq Tm: 13:07:06.937

ANTEBRACO



Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID

W:4096 L:2048

IMAGE MAY NOT BE TO SCALE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0053535/20

Vítima: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

CPF: 952.202.593-34

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA : 952.202.593-34

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: 07/02/2020
Nome: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA
CPF: 952.202.593-34

MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200065718 **Cidade:** Caririçu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS- PAG 10) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE 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 DÉFICIT 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200065718 **Cidade:** Caririáçu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS- PAG 10) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE 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 DÉFICIT 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

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

2.129.909 26/11/18

MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA
MILTON LIDIO DA COSTA

TERESINA-PI 03/09/1982

CERT.CASAM. 34676 L 86B F 143V
EXP TERESINA-PI 18/01/08
952.202.593-34

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.260/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

1.42.324
20191120113323

MATRÍCULA

12754919-6

FATURA Nº

2166831

MÊS/ANO

11/2019

NOME/ENDEREÇO

MORADOR MILTON L DA COSTA

CON PROMORAR, Q-111-C-14A-PROMORAR-TERESINA-PI-cep: 64012720

LOCALIZAÇÃO

013 00033-004580

GRUPO

013

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

A10X133189

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
10/2019	Lido	22	22
09/2019	Lido	28	28
08/2019	Lido	28	28
07/2019	Lido	12	12
06/2019	Lido	08	08

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 18/10/2019 755
ATUAL 20/11/2019 779

CONSUMO MÊS M3

24

LEI 12.741/2012

PIS/PASEP 140,37x1,65% = 2,31

COFINS 140,37x7,60% = 10,66

TABELA DE TARIFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
0	10 3,0660 80
10	25 5,7120 80
25	999999 9,8610 80

DESCRIÇÃO

VALOR REFERENTE ÁGUA - 110,63

REF.

VALOR

> Residencial-Normal 24,0 m3 110,63

JUROS POR ATRASO 001/001 1,04

MULTA POR ATRASO 001/001 2,14

RELIGACAO POR CORTE SIMPLES 001/001 26,56

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)

VENCIMENTO

02/12/2019

TOTAL A PAGAR

140,37

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2960	2926	34	1,30	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	3286	3257	29	5,29	Inferior a 15
PH	2303	2268	35	6,91	6,00-9,50
TURBIDEZ	3284	3245	39	1,43	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1311	1310	1	Ausencia	Ausente
	1311	1311	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 20/11/2019

HORA DA EMISSÃO: 11:33

MATRÍCULA

12754919-6

FATURA Nº

2166831

MÊS/ANO

11/2019

VENCIMENTO

02

VALOR A PAGAR

140,37

82680000001 & 40371535000-1 00201900216 7 68310100504-2



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: **952-202-593-34** **Maria Raquel dos Santos Costa**

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

5 - Nome completo: **Maria Raquel dos Santos Costa** 6 - CPF: **952-202-593-34**
7 - Profissão: **Recuso-me** 8 - Endereço: **con Promotor Q. 333 C 34 A** 9 - Número: 10 - Complemento: **casa**
11 - Bairro: **Promotor** 12 - Cidade: **Terezina** 13 - Estado: **PI** 14 - CEP: **64027270**
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): **86198823-4536**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: **1987** CONTA: **49956** **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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Terezina - PI, 06/02/2020.**

Maria Raquel dos Santos Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)