

Proje 0818788-58.2019.8.18.0140 □
AURICELIA LIMA DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR.

102725949 - CONTESTAÇÃO (2733440 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 10/07/2020 11:17:07

10 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
102725946 - CONTESTAÇÃO
102725949 - CONTESTAÇÃO (2733440 CONTESTACAO 01)
10725955 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
10725956 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 sub atos procuracao compressed web)
10725959 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
10725960 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 14
2733440- C3/ 2020-02533/ INVALIDEZ
JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

prot + proc adm.pdf prot + cont.pdf pa.pdf c.pdf prot + proc adm.pdf



Número: **0818788-58.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **29/05/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
AURICELIA LIMA DE SOUSA (AUTOR)	GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10725 955	10/07/2020 11:17	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190108908 **Vítima: AURICELIA LIMA DE SOUSA**

Data do Acidente: 06/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00435/00436 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13990007



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:17:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011170575900000010173519>
Número do documento: 20071011170575900000010173519

Num. 10725955 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190108908

Vítima: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Data do Acidente: 06/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), AURICELIA LIMA DE SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01035/01036 - carta_03 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:17:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011170575900000010173519>
Número do documento: 20071011170575900000010173519

Carta nº 13932977

Num. 10725955 - Pág. 2

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: 13/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AURICELIA LIMA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02696

CONTA: 000000002126-4

Nr. da Autenticação D4B33FDCCB017A3FE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:17:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011170575900000010173519>
Número do documento: 20071011170575900000010173519

Num. 10725955 - Pág. 3

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: 13/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AURICELIA LIMA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02696

CONTA: 000000002126-4

Nr. da Autenticação 3CA54FCB8E4A09B9



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:17:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011170575900000010173519>
Número do documento: 20071011170575900000010173519

Num. 10725955 - Pág. 4

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190108908**

Nome do(a) Examinado(a): **AURICELIA LIMA DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RS TORQUATO NETO III Quadra M, sn, casa 25 - Portal da Alegria - Teresina - PI - CEP 64037-835

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2765549**

Data e local do acidente: [**06/11/2018**] **Teresina -PI**

Data e local do exame: [**28/02/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura por avulsão da espinha tibial direita.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, vítima apresenta hipotrofia muscular na coxa e perna, edema no joelho e diminuição leve da amplitude de movimentos do joelho direito.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizou tratamento cirúrgico. Fratura consolidada. Recebeu alta.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do joelho direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047028/19

Número do Sinistro: 3190108908

Vítima: AURICELIA LIMA DE SOUSA

CPF: 030.414.873-30

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/11/2018

Titular do CPF: AURICELIA LIMA DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/02/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:17:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101117057590000010173519>
Número do documento: 2007101117057590000010173519

Num. 10725955 - Pág. 7

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Flávia Lima de Souza

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: União estavil

Identidade: 2.765 549

CPF: 030.414.873-30

Profissão: Auxiliar administrativo

Endereço: Av. Ministro Rui Barbosa, 25 | CEP: 64.039-552

Telephone: (415) 555-1234

OUTORGADO:

Nome: Nelle Rose Soares Marques
Nasc. 11/02/1982

Nacionalidade: Boliviana

Estado Civil: Solteira

Identidade: 4-119 262

CPF: 840.173.173-91

Profissão: Revisor - me

Endereço: Rua 24
CEP: 68.000-000

CEP: 09-000

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

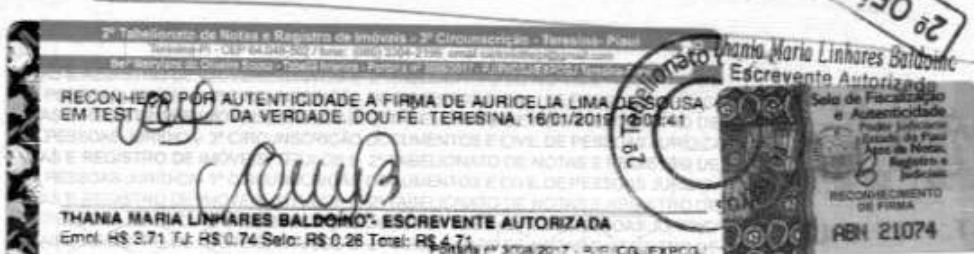
Teresina ficou 16 de janeiro de 2019

Locale data

Flávio Henrique Braga de Souza

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeira)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190108908 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AURICELIA LIMA DE SOUSA **Data do acidente:** 06/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura por avulsão da espinha tibial direita.

Descrição do exame Ao exame, vítima apresenta hipotrofia muscular na coxa e perna, edema no joelho e diminuição leve da amplitude de **físico:** movimentos do joelho direito.

Resultados terapêuticos: Realizou tratamento cirúrgico. Fratura consolidada. Recebeu alta.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190108908 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AURICELIA LIMA DE SOUSA **Data do acidente:** 06/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA AVULSÃO DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA. (P.6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ARCO MOVIMENTOS JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA EM JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM O RELATÓRIO MÉDICO (P.1) COM DATA DE 28/05/2019, EMITIDO PELO DR. RADEMACK DUARTE AMORIM - CRM: 2751.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA NESTE SINISTRO APÓS PERÍCIA EM 28/02/2019, EM GRAU LEVE DO JOELHO DIREITO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

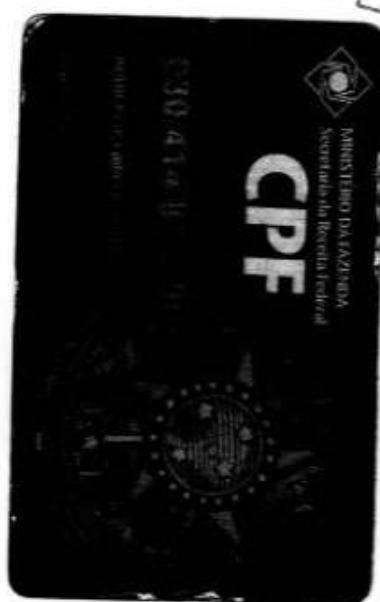
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75







030 414 873 - 30





CLÍNICA SANTO ANTÔNIO S/S

Rua Coelho Rodrigues, 2441 - Cep 64000-080 - Teresina-PI - Tel. 3222-8334/3147/7737/2813

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PLANTÃO DE SEGUNDA À SEXTA 07:00 ÀS 20:00h

Sr(a). AURICELIA LIMA DE SOUSA

A PACIENTE SUPRACITADA SOFREU ACIDENTE DE MOTO NO DIA 06 DE NOVEMBRO DE 2018 COM FRATURA-AVULSÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 24/11/2018. TEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO JOELHO, DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO E DIMINUIÇÃO DA FUNÇÃO DE 50%. CID-M235



Teresina 28 de Maio de 2019

RADEMACK DUARTE AMORIM
CRM 2751-PI
ORTOPEDIA / IRGIA DE JOELHO

Voltando a consulta, traga esta receita e Exames Complementares





CLÍNICA MACHADO

Dr. Edimar

RECEITUÁRIO

Declaramos que a paciente **Lilian**
de **saudade**, fono **verifica** no **medicante** Dr. **Thássia**
JV, fato ocorrido em **06.11.18** às **7:30HS**,
que a paciente **sofreu** forte **torcicolo** em **M/D**,
causando **caídas** e **deslizamentos** e **deslizamentos**
plástico **tibial** direito, onde **foi** **realizada**
cirurgia **executada** através de **descolamento**
ou seja: **placar** **para** **fissura** e **fratura**
complexe **caídas** **de** **friso** **espiral**.
com **alta** **definição**, **relâmpo** **caídas**
separadas: **fortes** **dores**, **fricção**
torcicolo **de** **alcance** **atípico**, **caídas**
com **problemas** **funcional** **de**
80%

Eduardo

Te: 13.05.19

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(85) 9 9532-1987 - Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 MAIO 2019

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

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:17:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011170575900000010173519>
Número do documento: 20071011170575900000010173519

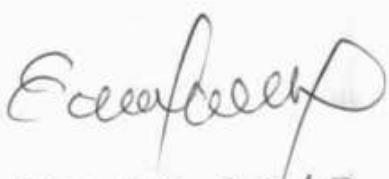
RECEITUÁRIO

DEClaramos que durante a
fica de souza, foi vítima de acidente de
trânsito, fato ocorrido em 06.11.18 às
07:30hs. Tudo sofreu forte trauma cul-
mão, contando com fratura auscultável
que plazô estival se recto, onde foi tra-
tada cirurgicamente através de osteosíntese
se ou seja placas, parafusos e fios metá-
licos, complicando tumbô com fratura
pia com alto deformitum. Deixa como
sequelas: fortes dores, limitação de
mobilidade, com perda de fun-
ção funcional de 85%.



- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI


20.05.2019

Residencial Tropical Park
Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva



Centro Ortopedico Teresina Ltda
AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar

Página 1 de 1

Por: GWS Em: 22/11/2018

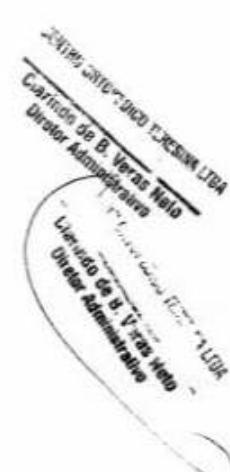
AENDIMIO CLINICO

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA
End. RUA DR AREA LEO 2007 Bairro M

data: 06/11/2018 08:35 DR MILTON BATISTA
No. atend. 275507 URGENCIA

URGENCIA INTERMEDIA

ERESINA UF PI CEP Fone 86 8855 2777 Ident.: Fone 2765549/p





Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA
End. RUA DR AREA LEAO 2007 Bairro MONTE CASTELO Cid. TERESINA UF PI CEP Fone 86 8855 2777 Ident.: Fone 2765549/pl

Data: 14/11/2018 08:50 DR MILTON BATISTA

* RETORNO INFERMED

RNM DO JOELHO DIR

Data: 13/11/2018 07:40 DR MILTON BATISTA
RET GESSO
USANDO GESSO TUBO A DIR , SEM QUETIXAS , RET GESSO
AO EXAME SINAPS DE LESOES LIGAMENTAR
SOLICITO RNM

* CONSULTA INFERMED
* URGÊNCIA INFERMED

ALÉGA ACIDENTE DE MOTO DOR EM JOELHO DIR
RX SINAPS DE LESAO COLATERAL
TUBO GESSADO
TEFIM

Data: 06/11/2018 08:35 DR MILTON BATISTA

NO, atend. 275507 URGÊNCIA

** QUETIXA PRINCIPAL **
dor nas costas
** EXAME COMPLEMENTAR **
dor transição toracolumbar
Data: 12/09/2013 09:31 DR OTIMAR AMORIM

* CONSULTA INFERMED

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

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





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900
Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI
S (0**86) 99833-3055

Nome: _____

***** LAUDO RADIODÉGICO *****

No. Atend: 275507 Data: 06/11/2018

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Solicitante: DR MILTON BATISTA

Convênio: INTERMED

Exame: 0207-RX JOELHO DIREITO



CONCLUSÃO:

AVULSAO DE FRAGMENTO OSSEO NA ESPINHA TIBIAL

Teresina(PI), 22 de Novembro de 2018

Data ____/____/____

Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada





Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coimbra de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

24
HORAS

Paciente: 275507 AURICELIA LIMA DE SOUSA

COT - CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA

AURICELIA LIMA DE SOUSA

0 275507

DATA 20161106

CONT.

WL: 4096 2048 COT - CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA
ZOOM: 173.71% AURICELIA LIMA DE SOUSA
No IMOS: ID: 275507
IMG ATUAL: 2 DATA 20161106
AQUIS: 1CONT:

SE

WL: 4096

ZOOM: 173.71%

No: 275507

IMG A



Av. Miguel Rosa, 3360 / Sul - Teresina - Piauí - Fone: (86) 3230-7900



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:17:06

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011170575900000010173519>

Número do documento: 20071011170575900000010173519

Num. 10725955 - Pág. 20

Ficha de Atendimento
Internação / Adulto



574172

DADOS DO PACIENTE

Nome: AURICELIA LIMA DE SOUSA
CPF: 03041487330
Mãe: NATALIA MARIA LIMA DE ARAUJO
Carteirinha: 09330564417381015
Convênio: INTERMED
Endereço: RUA DOUTOR AREA LEAO
CEP:

Idade: 29
Identidade / RG: 2765549
Pai: RAIMUNDO RODRIGUES DE SOUSA
Senha Aut:
Plano: OURO
Bairro: MONTE CASTELO
Cidade: TERESINA

Dt. Nascimento: 15/09/1989 02:00:00
Sexo: F
Telefone: 95106325
Guia:
Validade: 31/08/2022
Complemento:
Estado: PIAUI

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 574172
Origem do Atendimento: INTERNAÇÃO
Médico: RADEMACCK DUARTE AMORIM
Procedimento: FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRUR
Unidade de Internação: POSTO 01

Prontuário: 89249
Usuário: ANETA

Data: 24/11/2013

Leito: VIRTUAL_001_01

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:
Endereço:

Telefone:
Bairro:

Complemento:

Termo de Responsabilidade

- 1º - Autorizo o corpo clínico deste Hospital a praticar qualquer tratamento médico ou cirúrgico (operação, anestesia, transfusão ou outros) que for julgado necessário ou prudente no paciente acima identificado, assim como transferi-lo para outra unidade hospitalar desde que os médicos achem necessário.
- 2º - Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirúrgico e anestésico.
- 3º - Declaro que me responsabilizo pela retirada do paciente após a sua alta e estou ciente que o Hospital tomará as medidas legais para o seu encaminhamento caso o mesmo não seja retirado após a alta.
- 4º No caso de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, elas serão tomadas pelo Hospital de acordo com as normas legais.

Auricelia Lima de Sousa
Hospital Unimed - Setor Internação

Auricelia Lima de Sousa
Clethle / Responsável



Ficha de Cirurgia Descritiva

Diretor Clínico :

Aviso de Cirurgia : 32674
Sala : 0019
Paciente : 89249
Convênio Atend. : 478
Leito : 0567
Dt. Início : 24/11/2018 09:10
Dt. Fim: 24/11/2018 10:40

Cid Pré-Operatório:

Cid Pós-Operatório:

Anestesia: ANESTESIA COMBINADA RAQUE/SEDACAO



Código da Descrição: 27878

Atendimento : 574172

Carteira : 09330564417381015

Idade : 29 Anos 2 Meses 9 Dias

Procedimentos e Equipe Médica

Procedimento	Convênio	Plano
30733065 , Reparo ou sutura de um menisco - procedi	476 UNIMED TERESINA	002

Equipe

CIRURGIAO	2751 RADEMACK DUARTE AMORIM
1º AUXILIAR	4565 BENEDITO VERAS BATISTA JUNIOR
ANESTESISTA	883 SANDRA MARIA COELHO DE MOURA FERREIRA
CIRCULANTE DE	514455 ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA
INSTRUMENTAD	524937 MADALENA DA PENHA ROCHA CALAND

Dr. Rademack Duarte Amorim
Ortopedia e Cirurgia do Joelho

CRM-PI 2051 - TEC 11278

30733073 , Reconstrucao, retencionamento ou reforco	478 INTERMED	002
---	--------------	-----

Equipe

CIRURGIAO	2751 RADEMACK DUARTE AMORIM
1º AUXILIAR	4565 BENEDITO VERAS BATISTA JUNIOR
ANESTESISTA	883 SANDRA MARIA COELHO DE MOURA FERREIRA
CIRCULANTE DE	514455 ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA
INSTRUMENTAD	524937 MADALENA DA PENHA ROCHA CALAND

Dr. Rademack Duarte Amorim
Ortopedia e Cirurgia do Joelho

CRM-PI 2051 - TEC 11278

30726123 , Fraturas e/ou luxacoes ao nível do joelho - t	476 UNIMED TERESINA	002
--	---------------------	-----

Equipe

CIRURGIAO	2751 RADEMACK DUARTE AMORIM
1º AUXILIAR	4565 BENEDITO VERAS BATISTA JUNIOR
ANESTESISTA	883 SANDRA MARIA COELHO DE MOURA FERREIRA
CIRCULANTE DE	514455 ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA
CIRCULANTE DE	524937 MADALENA DA PENHA ROCHA CALAND
INSTRUMENTAD	514455 ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA
INSTRUMENTAD	524937 MADALENA DA PENHA ROCHA CALAND

Dr. Rademack Duarte Amorim
Ortopedia e Cirurgia do Joelho

CRM-PI 2051 - TEC 11278

Descrição

Detalhamento

PÁCIENTE EM DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSição DE CAMPOS ESTÉREIS
ABERTURA DE PORTAIS PARA ARTROSCOPIA
OBSERVADO FRATURA AVULSÃO DO LCA E LESÃO DE
MENISCO LATERAL
FEITO MENISCOPLASTIA LATERAL
FEITO RETENCIoNAMENTO DO LCA E FIXAÇÃO DA FRATURA AVULSÃO COM FIOS DE KIRSCHNER
FEITO PASSAGEM DE FIOS PDS I PARA FIXAÇÃO DA FRATURA E RETIRADO FIOS DE KIRSCHNER
FECHAVENTO DE SUTURA E CURATIVO LOCAL



MEDICO(A):
CRM:

De Rademar Duarte Amorim
RADEMAR DUARTE AMORIM
CRM-PI 1475
2751



FICHA ANESTÉSICA

Atendimento: 574172

Convenio: INTERMED

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

IDADE: 29 Anos 2 Meses 9 Dias SEXO: Feminino PESO:

A.S.A.: I II III IV V

Atendimento: Elet Urg. Emerg.

Cirurgia: RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR(30733073) REPARO DE MENISCO 30733065 E FRATURAS OU LUXAÇÃO A NÍVEL DE JOELHO 30726123

Anestesista: SANDRA MARIA COELHO DE MOURA FE

CRM: CRM: 883

Inicio da anestesia: 9H10'

Fim da anestesia: 10H501

Monitorização:

SAT02%	99%	99%	99%						
PET CO2									
TEMP									
BIS									

Gases:

SELEÇÃO									
SELEÇÃO									
SELEÇÃO									

Monitorização

<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input checked="" type="checkbox"/> OXIMETRO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PAM	<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>

Líquidos Administrados:

SF 0.9% 250 ML	1FR								
SRL 500 ML				1FR					
SELEÇÃO									
SELEÇÃO									

Técnica Anestésica RAQUIANESTESIA ISOBÁRICA, ANTISSEPSIA LOMBAR COM CLOREXIDINA, PUNÇÃO L3L4 PARAMEDIANA AGULHA 27, LIQUOR CLARO BUPIVACAINA 0,5% 15MG E MORFINA 100MICG E SEDAÇÃO VENOSA COM MIDAZOLAN E FENTANIL

Intercorrências : NÃO

Sandra Coelho de Moura
Bra. Sandra Coelho de Moura
Anestesiologista
CRM-PI: 883



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 FEV 2013
INTE SEGURADORA S.A.
Centro de Resende, 465 Log. C
tro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Drogas/Concentração	Qtde	Dose	Drogas/Concentração	Qtde	Dose	Drogas/Concentração	Qtde	Dose
<input type="checkbox"/> Adrenalina			<input type="checkbox"/> Dopamina			<input type="checkbox"/> Novabupi		
<input checked="" type="checkbox"/> Água Dest. 10ml	4AMP		<input checked="" type="checkbox"/> Domronid 15mg	1AMP	5MG	<input type="checkbox"/> Nubain		
<input type="checkbox"/> Amicacina			<input type="checkbox"/> Droperidol			<input type="checkbox"/> Ocitocina		
<input type="checkbox"/> Aminofilina			<input type="checkbox"/> Efedrina			<input type="checkbox"/> Omeprazol		
<input type="checkbox"/> Ancoron			<input type="checkbox"/> Efortil			<input type="checkbox"/> Ondasetrone		
<input type="checkbox"/> Aramin			<input type="checkbox"/> Esmeron			<input type="checkbox"/> Pancuronio		
<input type="checkbox"/> Atropina			<input type="checkbox"/> Etomidato			<input type="checkbox"/> Profenid		
<input type="checkbox"/> Bextra 40mg			<input type="checkbox"/> Fentanil			<input type="checkbox"/> Propofol		
<input type="checkbox"/> Bicarbonato Sódio 8,4%			<input checked="" type="checkbox"/> Fentanil(s/conserv.)	1AMP	100MCG	<input type="checkbox"/> Protamina		
<input type="checkbox"/> Bromoprida			<input type="checkbox"/> Flumazenil			<input type="checkbox"/> Quelicin		
<input type="checkbox"/> Buscopan			<input type="checkbox"/> Furosemida			<input type="checkbox"/> Quetamina		
Cefazolina 1gr	2FR		<input type="checkbox"/> Gl. Cálcio			<input checked="" type="checkbox"/> Ranitidina	1AMP	
Ceftriaxona			<input type="checkbox"/> Glicose 50%			<input type="checkbox"/> Remifantanol		
Ciprofloxacina 200mg			<input type="checkbox"/> Heparina			<input type="checkbox"/> Ropivacaína		
Cisatracurium			<input type="checkbox"/> Hidrocortisona			<input type="checkbox"/> Sevoflurano		
Clexane			<input type="checkbox"/> Isoflurano			<input type="checkbox"/> Sufentanil		
Clor. de Sódio			<input type="checkbox"/> Lidocaina % v			<input type="checkbox"/> Sulfato de Magnésio		
Clonidin			<input type="checkbox"/> Metoclopramida			<input type="checkbox"/> Tilitil		
Dexametasona 10mg	1AMP	6MG	<input type="checkbox"/> Metronidazol			<input type="checkbox"/> Tracrium		
Diazepam 10mg			<input type="checkbox"/> Narcan			<input type="checkbox"/> Tramal		
Dimorf 0,2 mg	1AMP		<input type="checkbox"/> Neocaína % v			<input type="checkbox"/> Transamin		
Dipirona	2AMP		<input checked="" type="checkbox"/> Neocaína 0,5% ISOB	1AMP	15MG	<input checked="" type="checkbox"/> SORO FISIOLÓGICO	250ML	1FR
Dobutamina			<input type="checkbox"/> Neostigmina			<input checked="" type="checkbox"/> RINGER LACTATO	500ML	1FR
Dolosal			<input type="checkbox"/> Noradrenalina			<input checked="" type="checkbox"/> SORO FISIOLÓGICO	100ML	1FR

esina-PI, 24 de Novembm de 2018

SANDRA MARIA COELHO DE MOURA

CRM: RR2

COLÉGIO DE MOURA PE
Saúl da C. de M.



Acesso		Drenos		
<input checked="" type="checkbox"/> Periférico	<input type="checkbox"/> Flebotomia		<input type="checkbox"/> Tora = D	<input type="checkbox"/> Dreno a Vácuo
<input type="checkbox"/> Subclávia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Tora = F	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	Monitorização		
<input type="checkbox"/> Gastrostomia	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input checked="" type="checkbox"/> Monitor Cardíaco	<input type="checkbox"/> P.A.M	
<input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/>	
Peça (s) cirúrgica (s):		<input type="checkbox"/> PIC		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				

Índices de ALdrete-Kroulik

		NOTA	ADM	40'	1H	2H	ALTA
Atividade	Move 04 membros	2	01	01	01	01	02
	Move 02 membros	1					
	Move 00 membros	0					
Respiração	Profunda	2	02	02	02	02	02
	Limite dispnéia	1					
	Apneia	0					
Consciência	Completamente consciente	2	02	02	02	02	02
	Despertado ao chamado	1					
	Não responde ao chamado	0					
Circulação	PA:20% do nível pré-anestésico	2	02	02	02	02	02
	PA:20% a 49% do nível pré-anestésico	1					
	PA:50% do nível pré-anestésico	0					
SpO2	Mantém SPO > 92% em ambiente	2	02	02	02	02	02
	Mantém SPO > 90% em O2	1					
	Mantém SPO < 90% em O2	0					

ALTA DA RECUPERAÇÃO

SEGUO DE ALTA DA SRPA PARA POSTO-05, APTO. 78, ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM HV, SSVV NOS PADRÕES NORMAIS, SEM QUEIXAS. RESSALTAR: ALTA POR ORDENS MÉDICAS TEC ENFERMAGEM RÔMULO CÉSAR.

Anatomical sites

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Environ Monit

07 FFV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rusende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 54.002-470
Teléfone 3-2111



DATA: 28-11-2018 11:50
CONVÊNIO: INTERMED
PRONTUÁRIO: 89249
ATENDIMENTO: 574172

Nome: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Leito / Apto: APT_78

Inicio: 09H10'

Cirurgia: RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR(30733073)
REPARO DE MENISCO 30733065 E FRATURAS
OU LUXACAO

Anestesia: RAQUIANESTESIA ISOBÁRICA

Término: 10H50'

Admissão: 24/11/2018

Hora:

Pct. admitido na SRPA oriundo da S.O. no pos-operatorio do TTO CIRURGICO DE RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR(30733073) REPARO DE MENISCO 30733065 E FRATURAS OU LUXACAO A NIVEL DE JOELHO 30726123, sob efeito de ANESTESIA COMBINADA LOCAL / SEDAÇÃO, sem aperto de O₂, evolui consciente, orientado, fásico, normocárdico, normocorado, eupnéico, afebril, RELATA alergia medicamentosa, NEGA HAS e DM, acesso venoso periférico em MSE + SF 0,9%. Pct. segue de alta.

Vias Aéreas		Gases O ₂	l/min	Alergias	
<input type="checkbox"/> Cateter	<input type="checkbox"/> Cânula Guedel	Ligado		SOBROMIL	
<input type="checkbox"/> Entubado	<input type="checkbox"/>	Desligado			
<input type="checkbox"/> Máscara					

Sinais Vitais

Horario	PA	P	F.R	T	SpO2	Diurese		
	120x80	87	15	35,6	99			

Sinais Vitais

Ganhos (G)		Soros	Sangue	Soma				
Perdas (P)	Diurese			DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO				
Balanço (G.P) =								
07 FEV 2019								

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



Encaminhamento do paciente dos postos para o CC:

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Hora: 08:00

Jejum: Sim Não

Antibioticoprofilaxia: Sim Não

Tricotomia: Sim Não

Higienização: Sim Não

Peso:

Admissão no centro cirúrgico

Confirmado identificação	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Confirmado procedimento previsto	Sim <input checked="" type="radio"/> Qual? Não soube informar <input type="radio"/> Informou correto <input type="radio"/>
Consentimento livre esclarecido assinado	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Confirmado sítio cirúrgico	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Confirmado lateralidade	Direito <input checked="" type="radio"/> Esquerdo <input type="radio"/> Bilateral <input checked="" type="radio"/> Não se aplica <input type="radio"/>
Confirmado alergia conhecida	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Confirmado tempo de jejum	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não se aplica <input type="radio"/>
Confirmado exames necessários ao procedimento	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Retirados adoros e próteses	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não se aplica <input type="radio"/>

Responsável: RÔMULO -23H'-23/11-NEGA HAS/DM

Antes da indução anestésica (SIGN IN)

Confirmado identificação do paciente	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Confirmado procedimento	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Sítio demarcado	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Aparelho de anestesia testado e funcionante	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Monitorização testado e funcionante	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Alergia conhecida	Sim <input checked="" type="radio"/> Qual? <i>Endometrial</i> Não <input type="radio"/>
Via aérea difícil	Sim <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/>
Risco de perda sanguínea considerável > 500ml (7ml / Kg em crianças)	Sim <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/>
Confirmado materiais, instrumentais e equipamentos	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Confirmado esterilização de materiais necessários	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
serva de hemoderivados	Sim <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/>
Conferidos Compressas	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Conferido Gases	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>

Responsável:

Pauliane Gomes de Oliveira
Tec. em Enfermagem
CEP: 62801-514,455



TIME OUT
CIRURGIA SEGURA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA						
PACIENTE: AURICELIA LIMA DE SOUSA		PRONTUÁRIO 89249		ANESTESISTA :		
DATA NASCIMENTO 15/09/1989		CIRURGIÃO RADEMACK DUARTE AMORIM		AUXILIAR:		
CIRURGIA: REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO		INSTRUMENTADOR		CIRCULANTE		
LATERALIDADE :	RECURSO OPME:	PROFILAXIA: ANTIBIÓTICA	ALERGIA:	PRECAUÇÕES	VAGA DE UTI	RESERVA DE SANGUE
<input type="checkbox"/> ESQUERDO <input checked="" type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> BILATERAL	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM BROMIL <input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM PADRÕES <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
APÓS A INDUÇÃO ANESTÉSICA						
POSICIONAMENTO CORRETO PARA A CIRURGIA E SUSAS PROTEÇÕES <input checked="" type="checkbox"/> JEJUM: RÔMULO - 23/11- 23H-						
ANTES DE SAIR DA SALA DE CIRURGIA (SIGN OUT)						
PROCEDIMENTOS REALIZADO	CONFERIDO GASES E COMPRESSAS	PEÇA CIRURGICA IDENTIFICADA	IDENTIFICADO LESÃO DE PELE	MANTIDO TECNICAS ASSÉPTICAS	PROBLEMAS COM EQUIPAMENTOS	GRAU DE CONSCIÊNCIA
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> ACORDADO <input checked="" type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> ADORMECIDO <input type="checkbox"/> ENTUBADO <input type="checkbox"/> OUTRO

Rosilene Gomes de Oliveira
 Técnica Enfermagem
 C0461 914.455





54.40
225.40
32.20 mGy/h
245.52 µGy

UNIMED TERESINA

Auricella Lima de Souza, -
1036

Automed
R 32
€ 49

3/4
24.11.2018
08:46:09



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:17:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011170575900000010173519>
Número do documento: 20071011170575900000010173519

Num. 10725955 - Pág. 30



Hospital Unimed Primavera
Rua Território Fernando de Noronha, 2566. Fone: (86) 2107-1616
CNPJ: 065550310002-76
Teresina - Piauí

→ Sosa

CONSUMO DE SALA

24-11-18

Paciente: Adrián Celio Lugo

Atendimento:

Convênio: 10/08/2011

Atendimento: 5/14/172
Cinza: 2

Cirugia⁵

Chingjiao: la de mo

Originals

Lucas

Circulante:

Descrição

Organic Plastics

el capa pluvial

01 FAUNA B/ MIGRACIÓN HUMANA

21. *hámina de Stavro n.º 35* para

11. Januari 1901. *Amma de Shaver n° 31*
D1. *Evo de Kirschbacher n° 312*

C1 Pântărea de măcriada brădeană - 16

02 Fios agua calibrado

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
07 FEV 2019
GENTE SEGURAN

Capa para Videocirurgia

- Tamanho 150mm x 2500mm
Ref.: S0097

Registro ANVISA - 80251140005

F. 10/09/18 V. 10/09/20 LOTE 902754



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:17:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011170575900000010173519>
Número do documento: 20071011170575900000010173519

Num. 10725955 - Pág. 31

Atendimento: 574172

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Idade: 29 Anos 2 Meses

Data de Nascimento: 15/09/1989

Leito Atual: APT_78

Médico Assistente: RADEMACK DUARTE AMORIM

Setor: POSTO 5

Prestador Responsável: ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA

Conselho / Número COREN - PI - 514455

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 24/11/2018

Data anotação: 24/11/2018

Hora anotação: 09:48

Responsável: ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA

Leito: APARTAMENTO_78

08:50HS PCT ADMITIDA NO C.C PARA TTT CIRURGICO DE RECONSTRUÇÃO RETENCIONAMENTO OU REFORÇO, REPARO OU
RETRATO DE UM MENISCO, FRATURA OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO JOELHO DIREITO, PELO DR. RADEMACK DUARTE, VEIO DE
UMA CADEIRA DE RODAS, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA COM EXAMES .NEGA + HAS + DM, EM JENJUM. RELATA ALERGIA
A MEDICAMENTOSA A SOBROMIL.

09:00HS REALIZADA PUNÇÃO VENOSA NO M.S.E, COM JELCO N°20, SSVV SEGURO ESTAVEIS. REALIZADA ANESTESIA TIPO
RAQUE + SEDAÇÃO , PELA ANESTESIOLOGISTA DRA. SANDRA MARIA MOURA FÉ.

09:10HS ADMINISTRADO 02 AMPOLAS DE DIPIRONA, 02 FRASCO DE CEFAZOLINAS, 01 AMPOLA DE MOD. EICAL DE 8MG, 01
AMPOLA DE BRONCOPRIDA, 01 AMPOLA DE RANITIDINA, 01 AMPOLA DE DEXAMETASONA, AMBAS PELA ANESTESIOLOGISTA
DRA. SANDRA MARIA MOURA FÉ.

INÍCIO DO PROCEDIMENTO CIRURGICO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

10:50HS PROCEDIMENTO REALIZADO COM SUCESSO, PCT ENCAMINHADA A S.R.P.A. SOB EFEITO DE ANESTESIA RAQUE +
SEDAÇÃO, COM EXAMES, AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.



ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA
COREN 514455



Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA
Data nasc: 15/09/1989 Idade: 29a 2m 10d
Pedido: 137575 Atendimento: 574172
Convênio: INTERMED Data do Exame: 24/11/2018
Med. Solicitante: RADEMACK DUARTE AMORIM

Hospital
Unimed 
Teresina

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

RELATÓRIO:

- Pequena avulsão óssea localizada na borda do platô tibial lateral.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento do volume das partes moles.



IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Pequena avulsão óssea localizada na borda do platô tibial lateral.
- Aumento do volume das partes moles.



JOELSON OLIVEIRA MOREIRA
CRM : 2353

HOSPITAL UNIMED ILHOTAS
Rua Monsenhor Gil, 3330 - Cep 64001-545
Frei Serafim - Teresina - Piauí Tel.: (86) 2107-8686
Fax: (86) 2107-8652 CNPJ: 06.555.031/0001-95

Site: www.unimedteresina.com.br E-mail: hospital@unimedteresina.com.br

HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA
Rua Território Fernando de Noronha, 2566 - Cep 64007-250
Teresina - Piauí, Tel.: (86) 2107-1600
CNPJ: 06.555.031/0002-76

1 de 1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:17:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011170575900000010173519>
Número do documento: 20071011170575900000010173519

Num. 10725955 - Pág. 33

Paciente...: 89249 - AURICELIA LIMA DE SOUSA Nasc: 15/09/1989 29a 2m 9d

Prescrição.: 782587
Setor Solic: POSTO 5
Atendimento: 574172
Origem Atd.: INTERNAÇÃO
Convênio...: INTERMED
Prestador.: 2751 RADEMACK DUARTE AMORIM
Acomodação.: APT_78
Unid Intern: POSTO 05
Cid.....: M235 INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO

Data Prescrição: 24/11/2018 11:01
NR Carteira: 09330564417381015
Validade:
Classificação de Risco:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Leito: APARTAMENTO_78

Usuário: RAMORIM

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado
Para: DIAGNOSTICO POR IMAGEM PRIMAVE

Exames:	Qtd.	Pedido	Data Coleta	Material	Loc. Anatômico	Accession Number	Cod. Fatur.
RX JOELHO AP - LAT (DIREITO)			24/11/2018 137575	11:01			40804054 165530 AT

CRM-PI 2751 - TEPPI 1278
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
Dr. Rademack Duarte Amorim

RADEMACK DUARTE AMORIM

CRM : 2751



SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:17:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101117057590000010173519>
Número do documento: 2007101117057590000010173519

Num. 10725955 - Pág. 34



AURICELIA LIMA DE SOUSA
DN:15091989 02Y

HOSPITAL UNIMED TERESINA
ID:89249

Data:24/11/2018
TEC: DIEGO



Localizar paciente (7)

Auricelia Lima De Sousa

Prontuário do paciente: 89249 Data de nascimento: 15/09/1989 (29Y 2M) Sexo: Feminino

Auricelia Lima De Sousa,89249
Acc: 165830
Estudo desc.: JOELHO - 2 VISTAS
Séries desc.: LATERAL
2-1 (TUDO)
Com perda (1:29)

Historico do paciente (2)

Laudos do paciente



DEPARTAMENTOS DE SINUS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICA
07 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.
Rua Coelho de Resende, 465 Lote
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Paciente...: 89249 - AURICELIA LIMA DE SOUSA
Prescrição.: 782587 Data: 24/11/2018 11:01
Atendimento: 574172 Dt Nasc: 15/09/1989 (29a 2m 9d)
Convênio...: INTERMED
Internação.: 24/11/2018 07:22 0 Dias(s) int
Médico...: RADEMACK DUARTE AMORIM - CRM 2751
FUNÇÃO: MEDICO(A)
Unid. Int.: POSTO 05 Leito.: APARTAMENTO_78 Cobertura: APARTAMENTO STANDARD
Cid.....: M235 INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO Diagnóstico:

1ª VIA

Fatura do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIETA LIVRE						[24/11] 11:01

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 COTRAMADOL SOL. INJ. 500MG/ML-2ML	1	AMPOLA	IV		12/12 H	[24/11] 10:22

Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO

3 CETOPIROFENO IV PO SOL. INJ. 100MG	1	FA	IV	12/12 H	[24/11] 10:23
J-> SORO FISIOLOGICO - 100ML	1	FR			[25/11] 10:23

Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO

4 HEPARINA SOD. 500UI/ML-100UI/ML-1ML	1	AMPOLA	SC	12/12 H	[24/11] 10:24
Justificativa: paciente no pósoperatório de joelho - uso de soro					[25/11] 10:24

5 DIPIRONA SOL. INJ. 500MG/ML-2ML	1	AMPOLA	IV	6/6 H	[24/11] 10:25
Justificativa: paciente no pósoperatório de joelho - uso de soro					[25/11] 10:25

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 RX JOELHO AP - LAT (DIREITO) ; Exame: 137575	1	OK				

PROCEDIMENTOS DO ENFERMEIRO	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
8 COMPRESSA DE GELO	1					



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 FEB 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE
Oftalmologia e
Otorrinolaringologia
COTR 91-2730
RADENACK DUARTE AMORIM
10/11/2018 11:05

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Atendimento: 574172
Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA
Data de Nascimento: 15/09/1989
Médico Assistente: RADEMACK DUARTE AMORIM
Prestador Responsável: LUCIANA MARIA VITORIA DE VASCONCELOS
Conselho / Número COREN - PI - 001054389
Idade: 29 Anos 2 Meses
Leito Atual: APT_78
Setor: POSTO 5
Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 24/11/2018
Data anotação: 24/11/2018 Hora anotação: 12:53
Responsável: LUCIANA MARIA VITORIA DE VASCONCELOS Leito: APARTAMENTO_78

13:30 RECEBO PACIENTE EM TTO INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO DO C.C. CALMA, CONCIENTE, ORIENTADA, FASICA, AFEBRIL, NORMOCARDICA, NORMOTENSA, EUPNEICO RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, DIETA LIVRE, AVP EM HV, DEAMBULA, CONTAL'XIO, DPE. SEGUO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

E.T VERIFICADO SSVV SEM ALTERAÇÕES: REALIZADO RX DE CONTROLE.

P.A = 120X80
P = 78
R = 16
TAX = 36.4
SAT = 95%

14:00 VERIFICADO SSVV SEM ALTERAÇÕES:

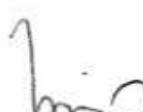
P.A = 120X80
P = 99
R = 16
TAX = 35.9
SAT = 98%

14:00 ADMINISTRADO MEDICAÇÃO DE HORARIO HEPARINA SC, DIPIRONA EV CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.

16:00 ADMINISTRADO MEDICAÇÃO DE HORARIO CEFAZOLINA EV CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.

18:00 REALIZADO DUPLA CHECAGEM. SEGUO COM AVP SALINIZADO. SEGUO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.




LUCIANA MARIA VITORIA DE VASCONCELOS
COREN 001054389

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:17:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101117057590000010173519>
Número do documento: 2007101117057590000010173519

Num. 10725955 - Pág. 38

Atendimento: 574172
Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA
Data de Nascimento: 15/09/1989
Médico Assistente: RADEMACK DUARTE AMORIM
Prestador Responsável: NADIA SANDRA SILVA SOUSA
Conselho / Número COREN - PI - 922120
Idade: 29 Anos 2 Meses
Leito Atual: APT_78
Setor: POSTO 5
Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 24/11/2018
Data anotação: 24/11/2018 Hora anotação: 20:15
Responsável: NADIA SANDRA SILVA SOUSA Leito: APARTAMENTO_78

RECEBO PACIENTE AURICELIA LIMA DE SOUSA, EM TTO INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO DO C.C. CALMA, CONCIENTE, ORIENTADA, FASICA, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, COM BOA OXIMETRIA DE PULSO, AFEBRIL, NORMOCARDICA, NORMOTENSA, COM ACESSO PERIFERICO EM BOM FUNCIONAMENTO, SÓ EM USO DE HV, DIETA LIVRE, DIURESE ESPONTANEA AUSENTES NESTE MOMENTO. SEGURO AOS CUIDADOS.

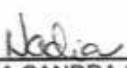
PA=120/60
SAT=98
FC=88
R=18
TEMP=36.3

22:00H ADMINISTRADA MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

00:00H ADMINISTRADA MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

06:00H ADMINISTRADA MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.




NADIA SANDRA SILVA SOUSA
COREN 922120



Paciente...: 89249 - AURICELIA LIMA DE SOUSA
Prescrição.: 783438 Data: 25/11/2018 17:25
Atendimento: 574172 Dt Nasc: 15/09/1989 (29a 2m 11d)
Convênio...: INTERMED
Internação.: 24/11/2018 07:22 1 Dias(s) int
Médico...: RADEMACK DUARTE AMORIM
Unid. Int.: POSTO 05 Leito.: APARTAMENTO_78 Cobertura: APARTAMENTO STANDARD
Cid...: M235 INSTABILIDADE CRÔNICA DO JOELHO Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO..... SERGIO PARENTE LIRA - CRM - PI - 4294
FUNÇÃO: MEDICO(A)

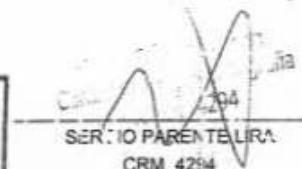
1ª VIA

78
Rubrica do Responsável



PREScrição MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIETA LIVRE						[25/11] 17:25
<hr/>						
MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 TRAMADOL SOL. INJ. 50MG/ML - 2ML (*A2	1	ML		IV	8/8 H	[25/11] 02:22 [26/11] 00:08
Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO DE FRATURA DE PATELA > SORO FISIOLOGICO - 100ML		1 FR				
3 CETOPROFENO IV PO SOL.INJ.100MG	1	FA		IV	12/12 H	[25/11] 07:25 [26/11] 06:25
Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO > SORO FISIOLOGICO - 100ML		1 FR				
4 HEPARINA SC SOL. INJ. 5.000UI/ML-0,25ML	1	AMPOLA		SC	1 X/AO DIA	[25/11] 07:25
Justificativa: paciente no pósoperatório de fratura avulsão do Ica						
5 DIPIRONA SOL.INJ. 500MG/ML-2ML	1	AMPOLA		IV	6/6 H	[25/11] 18:00 [26/11] 00:00 06:12
6 (D2/2) CEFAZOLINA 1G PÓ INJET	1	FA		IV	6/6 H	[25/11] 13:00 [26/11] 00:00 06:12
Justificativa: paciente no pósoperatório de fratura avulsão do Ica Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO DE FRATURA DE artroscopia						
PROCEDIMENTOS DO ENFERMEIRO	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 COMPRESSA DE GELO	5					[25/11] 17:25



SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Atendimento: 574172
Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA
Data de Nascimento: 15/09/1989
Médico Assistente: RADEMACK DUARTE AMORIM
Prestador Responsável: SULAMITA TELES BACELAR DE SOUSA
Conselho / Número COREN - PI - 855101
Idade: 29 Anos 2 Meses
Leito Atual: APT_73
Setor: POSTO 5
Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 25/11/2018

Data anotação: 25/11/2018

Hora anotação: 18:35

Responsável: SULAMITA TELES BACELAR DE SOUSA

Leito: APARTAMENTO_78

CLIENTE, EM 1 PO ISTABILIDADE CRONICA DO JOELHO CONCIENTE, ORIENTADA, FASICA, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, COM BOA OXIMETRIA DE PULSO, AFEBRIL, NORMOCARDICA, NORMOTENSA, COM ACESSO PERIFERICO EM BOM FUNCIONAMENTO, SÓ EM USO DE HV, DIETA LIVRE, DIURESE ESPONTANEA. SEGURO AOS CUIDADOS.

PA=120/60
SAT=98
FC=88
R=18
TEMP=36,3

09:00 ADM. MEDICAÇÃO (DIPIRONA IV AD)

10:00 ADM. MEDICAÇÃO DE HORÁRIO. (CEFAZOLINA IV AD)

12:00 REALIZADO COMPRESSA DE GELO., SOB. AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

14:00 CLIENTE EVOLUI NO LEITO, CALMA NO MOMENTO SEM QUEIXAS ALGICAS.

16:00 CLIENTE EVOLUI REFERINDO DOR, COMUNICADO AO ENFERMEIRO DE PLANTÃO. (ADM. MEDICAÇÃO DIPIRONA IV AD + CEFAZOLINA IV AD, REALIZADO COMPRESSA DE GELO)




SULAMITA TELES BACELAR DE SOUSA
COREN 855101

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:17:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101117057590000010173519>
Número do documento: 2007101117057590000010173519

Num. 10725955 - Pág. 41

Atendimento: 574172
Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA
Data de Nascimento: 15/09/1989
Médico Assistente: RADEMACK DUARTE AMORIM
Prestador Responsável: NADIA SANDRA SILVA SOUSA
Conselho / Número COREN - PI - 922120

Idade: 29 Anos 2 Meses
Leito Atual: APT_78
Setor: POSTO 5

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 24/11/2018

Hora anotação: 20:15

Data anotação: 24/11/2018

Leito: APARTAMENTO_78

Responsável: NADIA SANDRA SILVA SOUSA

RECEBO PACIENTE AURICELIA LIMA DE SOUSA, EM TTO INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO DO C.C. CALMA, CONCIENTE, ORIENTADA, FASICA, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, COM BOA OXIMETRIA DE PULSO, AFEBRIL, NORMOCARDICA, DROMOTENSA, COM ACESSO PERIFERICO EM BOM FUNCIONAMENTO, SÓ EM USO DE HV, DIETA LIVRE, DIURESE ESPONTANEA AUSENTE NESSE MOMENTO. SEGUO AOS CUIDADOS.

PA=120/60
SAT=98
FC=88
R=18
TEMP=36,3

22:00H ADMINISTRADA MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

00:00H ADMINISTRADA MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

06:00H ADMINISTRADA MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.



Nadia Sandra Silv
NADIA SANDRA SILVA SOUSA
COREN 922120

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



Atendimento: 574172
Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA
Data de Nascimento: 15/09/1989
Médico Assistente: RADEMACK DUARTE AMORIM
Prestador Responsável: LAECIA GOMES MARINHO
Conselho / Número COREN - PI - 657361

Idade: 29 Anos 2 Meses
Leito Atual: APT_78
Setor: POSTO 5
Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 26/11/2018

Data anotação: 26/11/2018

Hora anotação: 05:43

Responsável: LAECIA GOMES MARINHO

Leito: APARTAMENTO_78

20hs Segue em repouso no leito sem alterações, ssvv estaveis.

SSVV
TAX:36.2
PA:110/80.
FR:16
-90
SATURAÇÃO:99%

22hs Referido dor administrado medicação de horário

24hs Evolui em repouso no leito consciente, orientando, fáscica em h/ periferica sem queixas algicas no momento, melhora da dor, ssvv estaveis, administrado medicação de horário, diurese presente espontânea. EM 1 PO ISTABILIDADE CRONICA DO JOELHO.

SSVV
TAX:36.2
PA:10/80
FR:18
FC:70
SATURAÇÃO:99%

06hs Evolui em repouso no leito consciente, orientando, fáscica, acesso salenizado, sem queixas algicas no momento, administrado medicação de horário, diurese presente espontânea. Sono e repouso satisfatório.



LAECIA GOMES MARINHO

COREN 657361

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:17:06
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101117057590000010173519>
Número do documento: 2007101117057590000010173519

Num. 10725955 - Pág. 43

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 26/11/2018 14:58:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: AURICELIA LIMA DE SOUSA

RG: 2765549

PESO:

IDADE: 29 Anos

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento: 15/09/1989

PRESTADOR ASSISTENTE: RADEMACK DUARTE AMORIM

DATA DE ATENDIMENTO: 24/11/2018 07:22:29

ATENDIMENTO: 574172

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 2 Dia(s)

CONVÊNIO: INTERMED

PLANO: OURO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: M235 - INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Barros, 1050
CEP 22231-070
Tel: (21) 2552-1770

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: M235 - INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: M235 - INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

24-11-2018 RX JOELHO AP - LAT (DIREITO)

INFECÇÕES

ANTIBIÓTICO

CEFAZOLINA 1G PÓ INJET

DATA INICIAL

DATA FINAL

24/11/2018

24/11/2018

TRATAMENTO-TERAPÉUTICO

PRESTADOR: RADEMACK DUARTE AMORIM

ÚLTIMA:

24/11/2018

EVOLUÇÃO

Paciente no pósoperatório retensionamento do Ica com fratura avulsão

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA MELHORADA

PROCEDIMENTO DE ALTA: FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRUR

OBSERVAÇÃO DE ALTA: paciente no pósoperatório de fratura avulsão do Ica cd-alta hospitalar +curativo local

RADEMACK DUARTE AMORIM
CRM-2751

Assinado digitalmente
RADEMACK DUARTE AMORIM
CRM-2751 - 24/11/2018 - 14:58:00

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Atendimento: 574172

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Data de Nascimento: 15/09/1989

Médico Assistente: RADEMACK DUARTE AMORIM

Prestador Responsável: JOSELITA PEREIRA DA SILVA

Conselho / Número COREN - PI - 698251

Idade: 29 Anos 2 Meses

Leito Atual: APT_78

Setor: POSTO 5

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 26/11/2018

Data anotação: 26/11/2018

Responsável: JOSELITA PEREIRA DA SILVA

Hora anotação: 08:01

Leito: APARTAMENTO_78

08:00 PACIENTE EM 2º PO DE ARTROSCOPIA DE JOELHO DIREITO, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, NORMOCORADA, EUPNEICA, RESPIRANDO AR AMBIENTE SEM APORTE DE O², DIETA LIVRE COM BOA ACEITAÇÃO, AVP SALINIZADO, CURATIVO OCUSIVO NA F.O COM ASPECTO LIMPO E SECO.

PA:130X80

T:36,2

FC:81

FR:18

SPO:98%

12:00 ADMINISTRADO MEDICAÇÕES DIPIRONA, CEFAZOLINA.

15:14 PACIENTE RECEBEU VIISTA MÉDICA, REALIZADO CURATIVI, SEGUE DE ALTA HOSPITALAR.




JOSELITA PEREIRA DA SILVA
COREN 698251

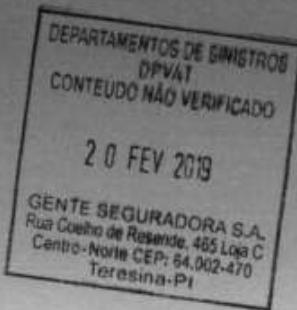




MACHADO

Dr. Edimar

RELATÓRIO MÉDICO



Decorreuas que anicahis
 tiveram os feridos, foi o vitruen no deito
 de Erronato, fato ocorrido em 06.01.18 as
 6:30Hs. Tudo sojudo Erronato esse deito
 Cerdamor esse fatarea multivo esse plato
 Tibial direito, foi instantaneo cirurgia realizada
 Atrevo de osicorizase oce sejá profusos
 profusos e fide rectalico, causa severo
 ferido com fraturae, tido alta
 definativa, rebota com sequelas:
 Portes dores, limitação de movimento
 e sequelas de circulação.
 Com agurmo falecito funcional
 de 80%.

Dr. Edimar Machado da Silva
 Alergologia - Dermatologia
 Clínica Geral e Cirúrgica
 CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
 (86) 9 9532-1987 - Teresina-PI


 19.02.2019



Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
 Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:17:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011170575900000010173519>
 Número do documento: 20071011170575900000010173519

Num. 10725955 - Pág. 46

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
 CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Delle Rose Soares Mangues inscrito (a) no CPF 840 173 173, 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Anicelia Lima de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 030 414 873, 30, do sinistro de DPVAT cobertura 3 vallis seg da Vítima Anicelia Lima de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 030 412 873, 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso-me Renda: Recurso-me e apresento os documentos comprobatórios:
Recurso-me

Recuso informar

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTROLE DE VENDEDORES
07 FEV 2019

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

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

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

Endereço		Número	Complemento
Rua 24 de Janeiro		Sul	esq
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro norte	Teresina	PI	64.000-235
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	

Local e Data

Teresina, PI, 07 de fevereiro de 19
 Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Eva Sousa Leite,

RG nº 884.315, data de expedição 02/12/2016
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 018.810.933-10, com
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Q-AM BL-05 AP-105 Torquato Neto, nº _____,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Auricilia Lima de Souza, cujo o condutor era
Cleiton Jose Alves de Paula.

Veículo: Moto

Modelo: YAMAHA YBR 125 K

Ano: 2006

Placa: LVM 6462

Chassi: 9C6 KE092060031507

Data do Acidente: 06.11.2018

Local e Data: Teresina, 06 de Novembro de 2018

1º OFÍCIO

Eva Sousa Leite

Assinatura do Declarante

Cleiton Jose Alves de Paula

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEVEREIRO 2019

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

SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DO 1º OFÍCIO

Rua David Cunha, 435 - Centro - Teresina/PI - CEP 64001-190
Gabinete: (86) 3221-7553 - tjpi.jus.br - tjpi@tjpi.com.br
Rota: Maria Elizabeth Patrus e Silva Moller

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE EVA SOUSA LEITE e
CLEITON JOSÉ ALVES DE PAULO, EM TEST. DA VERDADE, DAU FÉ.
TERESINA, 16/01/2019 10:46:32
SELO AAA60047 - DY4Q, AAA60048 - SEB1 CONSULTE A AUTENTICIDADE EM
www.tjpi.jus.br/portalextra

RICARDO MIGUEL DE OLIVEIRA CUNHA - ESCRIVENTE
Emai: R\$ 7.42 Tj: R\$ 1.48 Selo: R\$ 0.62 Total: R\$ 9.42



Eletrobras
Eletrobras

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Rondon, 755 - Centro - 6500-000 - PIAUÍ
CNPJ nº 04.340.746/0001-15 | INSC. Estadual nº 11.201.270-3
Nota Fiscal / Centro de Energia Elétrica - Bairro 3 -
Regulamentado de imprevidência social nº 001/2010/PI

Point d'appui

995册69-7

1155

DEZEMBRO/2018 02-01-2019

57

~~NEUROLOGIA~~
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

31/12/2018		19/03	31/12/2018	
Abat.	19006		Abat.	27-11-2018
Alimento	1.000		Alimento	23-01-2019
Constancia de Huevo (aceite)	57		Primer Lacto	24-12-2018
Consumo Medio	57	FCAN	Entrada	26-12-2018
Consumo Puntual	NORMAL		Arrendante	...

COME RETAIL **MONDAY** AT 11:30 A.M. ON THE **ABC** CHANNEL

NOV/18	CONSUMO	VALOR	PERCENTUAL
OUT/18	CONTR. ILLUMINALAO PUB (COSIP)	50,31	
SET/18	CORRECAO MONETARIA IG 11/18-00	4,20	
AGO/18	MULTA POR ATRASO 11/18-00	0,04	
JUL/18	JUROS POR ATRASO 11/18-00	0,45	
JUN/18	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,04	
MAI/18		0,05	
ABR/18			
MAR/18			

REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,54% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFORME RESOLUCAO ANEEL 2.498/2018.
LIGUE 0800 886 8900 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Ate o dia 24-12-2018, nao constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

2008-000-00000 C391, 6C68, 9343, 3341, 11/26, 1534, 00000

Produkt	Preis	Anteil an Gewinn
Deutsche	19,91	56,51
Englisch	19,03	22,00%
Italienisch	2,99	11,06
Spanisch	3,03	0,74
Fransesch	15,24	3,44

11 6,23 12,45 3,03

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

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





Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
1335504-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Harmonia 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 08.840.746/0001-88 | Insc. Estadual: 19.301.353-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ DO PIAUÍ

Nº da Nota Fiscal 015810870

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA/MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	09/01/2019	76	71,27

MARIO JORGE DA SILVA FILHO
RS TORQUATO NETO III S/N QD M CASA 25 PORTAL DA ALEGRIA
CPF: 000008724436340
CEP: 64.039-557 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	10294	Atual:	02/01/2019
Anterior:	10218	Anterior:	04/12/2018
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:	01/02/2019
Consumo Médido:	76	Entrega:	01/01/2019
Consumo Retardo:	76	Apresentação:	02/01/2019
NORMAL		29	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classificação	Uso/uso	Número Medidor	Posto	Código Ref.
RESIDENCIAL	MONO	A1471585	1.1.1.1	90

HISTÓRICO KWH		DESCRITIVO DA CONTA	
DEZ/18	82	CONSUMO	76 A R\$ 0,862958 = 65,58
NOV/18	79		5,69
OUT/18	182	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	
SET/18	79		
AGO/18	93		
JUL/18	90		
JUN/18	95		
MAI/18	68		
ABR/18	104		
MAR/18	87		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS	
84 76 - 0,623668			DPVAT
			CONTEUDO NÃO VERIFICADO
			07 FEV 2019

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

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISOS DE VENCIMENTO
LIGUE 0008 866 0000 E FAÇA UPOU VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 01/01/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO PISCO 70AF.DF17.B77F.BA4F.1360.A0DC.385F.D406

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
	15,69		05,56
Distribuição:	26,44	Base de Cálculo:	22,00%
Energia:	4,47	Aliquota ICMS:	14,42
Transmissão:	2,82	Valor do ICMS:	0,66
Encargos:	18,16	Valor do PIS:	3,08
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,19 10,39 20,77 3,36 6,73 13,45 2,94
0,00 0,00 0,00

POLO 11/2018 23,04



Centro Ortopedico Teresina Ltda
AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar
ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1
Por: GWS Em: 22/11/2018

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA
End. RUA DR ARÉA LEAO 2007 Bairro MONTE CASTELO Cid. TERESINA UF PI CEP Fone 86 8855 2777 Ident.: Fone 2765549/PI

Data: 06/11/2018 08:35 DR MILTON BATISTA
Nº. atend. 275507 URGÊNCIA

ALEGA ACIDENTE DE MOTO DOR EM JOELHO DIR
RX SINUS DE LESO COLATERAL
TUBO GESSADO
TEFIAN

* URGÊNCIA INTERNED



CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA
Clarim do B. Veras Nelo
Diretor Administrativo

Centro Ortopedico Teresina LTDA
Clarim do B. Veras Nelo
Diretor Administrativo



Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA
End. RUA DR. ÁREA LEAO 2007 Bairro MONTE CASTELO Cid. TERESINA UF PI CEP Fone 86 8855 2777 Ident.: Fone 2765549/pi

Data: 14/11/2018 08:50 DR MILTON BATISTA

* RETORNO
INTERMED

RNM DO JOELHO DIR

Data: 13/11/2018 07:40 DR MILTON BATISTA

* CONSULTA
INTERMED

USANDO GESSO TUBO A DIR , SEM QUEIXAS , RET GESSO
AO EXAME SINALS DE LESOES LIGAMENTAR
SOLICITO RNM
RET GESSO

* URGENCIA
INTERMED

Y Data: 06/11/2018 08:35 DR MILTON BATISTA
No. atend. 275507 URGÊNCIA
ALEGA ACIDENTE DE MOTO DOR EM JOELHO DIR
RX SINALS DE LESAO COLATERAL
TUBO GESSADO
TEFILAN

* CONSULTA
INTERMED

Data: 21/02/2014 15:48 DR ODILMAR AMORIM

** QUEIXA PRINCIPAL **
dor nas costas
** EXAME COMPLEMENTAR **
dor transição toracolombar
Data: 12/09/2013 09:31 DR OTIMAR AMORIM

* AGENDADA
INTERMED



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
030414873-30		Auricelia Lima de Souza		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Auricelia Lima de Souza		CPF: 030.414.873-30		
Profissão: Auxiliar A.	Endereço: R\$ Torquato Neto 3115 s/n QDM casa 25	Número: s/n	Complemento: esca	
Bairro: portal da Igreja	Cidade: Teresina	Estado: PI	CEP: 64.039.557	
E-mail:		Tel.(DDD):		

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 2696

CONTA: 2126

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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 INVALIDEZ PERMANENTE 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no laudo de avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das 51% de invalidez permanente 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

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, Teresina piaui 07/02/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
O ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:17:06
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101117057590000010173519
Número do documento: 2007101117057590000010173519

Num. 10725955 - Pág. 53

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	030414873-30	Aureelia Lima de Souza	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Aureelia Lima de Souza		CPF: 030.414.873-30	
Endereço: Av. Presidente J. A.	Endereço: R. Torquato Neto 3355 n° 020M casa 25	Número: 3355	Complemento: casa
Bairro: Portal da Alegria	Cidade: Teresina	Estado: PI	CEP: 64.039.557
E-mail:		Tel.(DDD):	

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

DADOS CADASTRAIS

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 2696

CONTA: 2126

(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.

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 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.

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 perdas e incapacidades, 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

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Impressão
Digital da
Assinatura
Beneficiário
Identificado

Local e Data: Teresina piaui 07/02/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





AUTO-ATENDIMENTO - AG. PICARRA
DATA: 16/01/2019 HORA: 07:26:38
TERMINAL: 16071014 CONTROLE: 160710140012

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2696 013.00002126-4
NOME: AURICELIA LIMA DE SOUSA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 99402-2881

NÚMERO DO ENVELOPE: 967638844

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-725 0101
Ouvintoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



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

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190108908 **Vítima: AURICELIA LIMA DE SOUSA**

Data do Acidente: 06/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AURICELIA LIMA DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000002696**

Conta: **000002126-4**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:17:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101117057590000010173519>
Número do documento: 2007101117057590000010173519

Num. 10725955 - Pág. 57

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: **AURICELIA LIMA DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3190108908**

AURICELIA LIMA DE SOUSA

Data do Acidente: **06/11/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190108908**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

00050476

Carta nº 14364754



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: **AURICELIA LIMA DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3190108908**

AURICELIA LIMA DE SOUSA

Data do Acidente: **06/11/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190108908**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

00060322

Carta nº 14311700



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

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190108908 **Vítima: AURICELIA LIMA DE SOUSA**

Data do Acidente: 06/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AURICELIA LIMA DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000002696**

Conta: **000002126-4**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:17:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101117057590000010173519>
Número do documento: 2007101117057590000010173519

Num. 10725955 - Pág. 60