

Caixa de e-mail | Control | Audiência | Upload | Consultas | 081878 | Sistema | Downloads | WhatsApp | Tribunais | Portal | +

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=273641&ca=5ecba10e43af38438cebe12286ce543bedf...

Processo Virtual Na... | Administrativo | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1° | Publicações

**PJE** ProceComCiv 0818788-58.2019.8.18.0140  
AURICELIA LIMA DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

10725949 - 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
  - 10725946 - CONTESTAÇÃO
    - 10725949 - CONTESTAÇÃO (2733440 CONTESTACAO 01)
    - 10725955 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
    - 10725956 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
    - 10725959 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
    - 10725960 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 14

2733440-03/2020-02533/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 | Exibir todos

11:17 10/07/2020



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	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

00090218



Carta nº 13990007





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

00080518



Carta nº 13932977



# 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 D4B33FDCB017A3FE



# 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



**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?

[  ] 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)?

[  ] 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  
MÉDICO  
CRM 3909

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

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-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](http://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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Danielle Nobre de Sousa



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)



## OUTORGANTE:

Nome: Auricélia Lima de Sousa  
Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: União estável  
Identidade: 2.765 549  
CPF: 030.414.873-30  
Profissão: Auxiliar administrativo  
Endereço: RS Torquato Neto III S/N QD M Lote 25 Portal da Alegria  
CEP: 64.039.557  
Telefone: ( )

## OUTORGADO:

Nome: Nelle Soares Marques  
Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: Solteira  
Identidade: 4.119.262  
CPF: 840.173.173.91  
Profissão: Recurso-me  
Endereço: Rua 24 de janeiro 544 centro norte  
CEP: 64.000.235  
Telefone: ( )

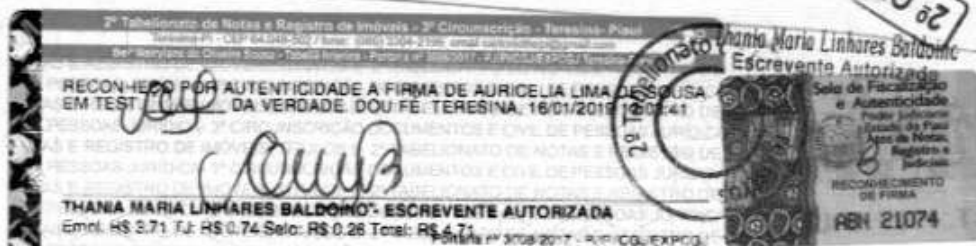
Pelo presente Instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de 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 pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Auricélia Lima de Sousa

Teresina Pionir 16 de janeiro de 2019  
Local e data

x Auricélia Lima de Sousa

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



## 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 físico:** Ao exame, vítima apresenta hipotrofia muscular na coxa e perna, edema no joelho e diminuição leve da amplitude de 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
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



## 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 - OSTEOSSÍNTESE 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
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JONAS DE DEUS MARTINS



ASSINATURA DO TITULAR  
Nelle Roze Soares Marques

0476263

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL Nº 119.262 DATA DE EMISSÃO 23/09/14

MOÇAMBIQUE

NELLE ROZE SOARES MARQUES

CRATEUS-CE

CICERA MARQUES JUCUNDE  
ANTONIO SOARES JUCUNDE

DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

CERT. NASC. 529 L. M/F 141  
IMP. CRATEUS-CE 25/09/14

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 2009 - DECRETO Nº 89.250/03

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Lote C  
Centro-Norte CEP: 64.062-470  
Teresina-PI





DEPARTAMENTO 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



030 214 873 - 30



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





# 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



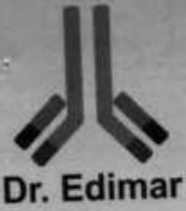
Teresina 28 de Maio de 2019

RADEMACK DUARTE AMORIM  
CRM 2751-PI  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DE JOELHO

Voltando a consulta, traga esta receita e Exames Complementares







**CLÍNICA  
MACHADO**

Dr. Edimar

**RECEITUÁRIO**

Declaramos que a paciente Lúcia  
de Souza, foi vítima de acidente de trânsito,  
TV, fato ocorrido em 06.11.18 às 7:30hs,  
quando sofreu forte trauma em MTD,  
causando com fratura múltipla e  
plata tibial direita, onde foi realizada  
cirurgicamente através de osteossintese  
ou seja: placas por fora e fios de titânio  
completa e totalmente com fio de espina,  
com alta definitiva. Relato com  
sequelas: fortes dores, limitação  
de movimentos, com sensação de enru-  
tamento no membro atingido, com  
comprometimento funcional de  
80%!

*Edimar*

TP: 13.05.19

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 MAIO 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

- 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

**Residencial Tropical Park**

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





**CLÍNICA  
MACHADO**

**RECEITUÁRIO**

DEFORMAÇÃO que surgiu em  
língua de direita, foi utilizada ocaem de de  
travessão, fato ocorreu em 06.11.18 ÀS  
7:30H, tendo sofrido forte tração que  
meio, constatado com fratura anular  
que placo ciliar direito, onde foi tra-  
çada cirurgicamente através de osteotomia  
se ou seja placo profundo e fios meta-  
licos com placa e tampa com fixação  
para com a tração definitiva, pelo que com  
sequelas: fortes dores, diminuição dos  
movimentos, com fixação de cu-  
ceramento funcional de 85%

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
20 MAI 2019  
\*GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

- 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: 2560-MA  
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

*Edimar Machado*  
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

SALUS Gestão Hospitalar  
ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1

Por: GWS Em: 22/11/2018

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/PI

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

\* URGENCIA INTERNA

ALEGA ACIDENTE DE MOTO POR EM JOELHO DIR  
RX SINAIS DE LESAO COLATERAL  
TURBO GESSADO  
TETIAN

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

Centro Ortopedico Teresina Ltda  
Carolina de B. Veras Neto  
Diretor Administrativo  
Carolina de B. Veras Neto  
Diretor Administrativo



AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1  
Por: GWS Em: 22/11/2018

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/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  
RET GESSO

\* CONSULTA INTERMED

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

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

\* URGENCIA INTERMED

ALGUA ACIDENTE DE MOTO DOB EM JOELHO DIR  
RX SINAIS DE LESAO COLATERAL.  
TUBO GESSADO  
TEFLAN

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

\* CONSULTA INTERMED

\*\* QUEIXA PRINCIPAL \*\*

dor nas costas

\*\* EXAME COMPLEMENTAR \*\*

dor transição toracolumbar

Data: 12/09/2013 09:31 DR ODILMAR AMORIM

\* AGENDADA INTERMED

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

EDNAN SOARES COUTINHO  
Carimbo de B. Veras Neto  
Diretor Administrativo



**CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.**

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0\*\*86) 3230-7900  
Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI  
☎ (0\*\*86) 99833-3055

Nome: \_\_\_\_\_

**\*\*\* LAUDO RADIOLÓGICO \*\*\***

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

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Solicitante: DR MILTON BATISTA

Convênio: INTERMED

Exame: 0207-RX JOELHO DIREITO



CONCLUSÃO:

AVULSÃO 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 Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-476  
Teresina

**24**  
HORAS

Paciente: 275507 AURICELIA LIMA DE SOUSA

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA  
AURICELIA LIMA DE SOUSA  
ID: 275507  
DATA 20181106  
CONT:

WIL: 4096 2048  
ZOOM: 173 719  
No IMG: 10  
IMG ATUAL: 1  
AQUIS: 1

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA  
AURICELIA LIMA DE SOUSA  
ID: 275507  
DATA 20181106  
CONT:

WIL: 4096 2048  
ZOOM: 173 719  
No IMG: 10  
IMG ATUAL: 1  
AQUIS: 1



KV: 100  
MAS: 10  
DRX: 1

THICK: 3028 x2194  
FOV: 176 mm x 400 mm  
DRX: 1

MATRIZ: 3028 x2194  
FOV: 176 mm x 400 mm  
DRX: 1

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

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 SOUS  
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: RADEMACK DUARTE AMORIM  
Procedimento: FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRUR  
Unidade de Internação: POSTO 01

Prontuario: 89249  
Usuario: ANETA

Data: 24/11/2013

Leito: VIRTUAL\_01\_01

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:  
Endereço:

Telefone:  
Bairro:

Complemento:

Termo de Responsabilidade

- 1ª - 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.
- 2ª - Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirúrgico e anestésico.
- 3ª - 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.
- 4ª No caso de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, elas serão tomadas pelo Hospital de acordo com as normas legais.

Hospital Unimed - Setor Internação

Cliente / 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

SALA 02  
AURICELIA LIMA DE SOUSA  
INTERMED  
APARTAMENTO\_78

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

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
<b>Equipe</b>		
CIRURGIO	2751 RADEMACK DUARTE AMORIM	Dr. Rademack Duarte Amorim Ortopedia e Cirurgia do Joelho CRM-PI 2751 - TEOT 11278
1º AUXILIAR	4565 BENEDITO VERAS BATISTA JUNIOR	
ANESTESISTA	883 SANDRA MARIA COELHO DE MOURA FE	Dr. Sandra Maria Coelho de Moura Anestesiologia CRM-PI: 883
CIRCULANTE DE INSTRUMENTAD	514455 ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA	
	524937 MADALENA DA PENHA ROCHA CALAND	
30733073 , Reconstrucao, retencionamento ou reforco	478 INTERMED	002
<b>Equipe</b>		
CIRURGIO	2751 RADEMACK DUARTE AMORIM	Dr. Rademack Duarte Amorim Ortopedia e Cirurgia do Joelho CRM-PI 2751 - TEOT 11278
1º AUXILIAR	4565 BENEDITO VERAS BATISTA JUNIOR	
ANESTESISTA	883 SANDRA MARIA COELHO DE MOURA FE	Dr. Sandra Maria Coelho de Moura Anestesiologia CRM-PI: 883
CIRCULANTE DE INSTRUMENTAD	514455 ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA	
	524937 MADALENA DA PENHA ROCHA CALAND	
30726123 , Fraturas e/ou luxacoes ao nivel do joelho - t	476 UNIMED TERESINA	002
<b>Equipe</b>		
CIRURGIO	2751 RADEMACK DUARTE AMORIM	Dr. Rademack Duarte Amorim Ortopedia e Cirurgia do Joelho CRM-PI 2751 - TEOT 11278
1º AUXILIAR	4565 BENEDITO VERAS BATISTA JUNIOR	
ANESTESISTA	883 SANDRA MARIA COELHO DE MOURA FE	Dr. Sandra Maria Coelho de Moura Anestesiologia CRM-PI: 883
CIRCULANTE DE INSTRUMENTAD	514455 ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA	
	524937 MADALENA DA PENHA ROCHA CALAND	

Descrição

Detalhamento

PACIENTE 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  
FECHAENTO DE SUTURA E CURATIVO LOCAL





MEDICO(A):  
CRM:

Dr. RadeMAC DUARTE AMORIM  
RADILOGIA e Cirurgia do Joelho  
CRM: 117278  
RAMORIM  
2751

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



# 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

Anestesiista: SANDRA MARIA COELHO DE MOURA FE

CRM: CRM: 883

Início da anestesia: 9H10'

Fim da anestesia: 10H501

## Monitorização:

SATO2%	99%	99%	99%										
PET CO2													
TEMP													
BIS													

## Gases:

SELECIONE									
SELECIONE									
SELECIONE									

## 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							
SELECIONE													
SELECIONE													

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

Intercorrências : NÃO

*Sandra Maria Coelho de Moura Fe*

Dr. Sandra Coelho de Moura Fe  
Anestesiologia  
CRM-PI: 883

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





<b>Acesso</b>		<b>Drenos</b>	
<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		<b>Monotorização</b>	
<input type="checkbox"/> Gastrostomia	<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input checked="" type="checkbox"/> Monitor Cardíaco	<input type="checkbox"/> P A M
<input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> PIC	
Peça (s) cirúrgica (s):			
<input type="radio"/> Sim		<input checked="" 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
	Límite dispnéia	1					
	Apnéia	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**

SEGUE 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.

Anestesiologista

Enfermagem



Nome: AURICELIA LIMA DE SOUSA Leito / Apto: APT\_78 Início: 09H10'  
Cirurgia: RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR(30733073) REPARO DE MENISCO 30733065 E FRATURAS ANESTESIA: RAQUIANESTESIA ISOBÁRICA Término: 10H50'  
OU LUXAC

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 aporte de O<sub>2</sub>, evolui consciente, orientado, fásico, normocárdico, normocorado, eupnéico, afebrii, RELATA alergia medicamentosa, NEGA HAS e DM, acesso venoso periférico em MSE + SF 0,9%. Pct. segue de alta.

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

Sinais Vitais							
Horário	PA	P	F.R	T	SpO <sub>2</sub>	Diurese	
	120x80	87	15	35,6	99		

Sinais Vitais				
		Soros	Sangue	Soma
Ganhos (G)				
Perdas (P)		Diurese		
Balanço (G.P) =				

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
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



**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 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 adornos e próteses	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não se aplica <input type="radio"/>

Responsável: RÔMULO -23H'-23/11-NE/GA 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 funcionando	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Monitorização testado e funcionando	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Alergia conhecida	Sim <input checked="" type="radio"/> Qual? <i>sobromex</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"/>
Reserva 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: *Regilaine Gomes de Oliveira*  
Téc. em Enfermagem  
REN-PI 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"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM
<input checked="" type="checkbox"/> DIREITO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	BROMIL	PADRÕES	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> BILATERAL						<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 TÉCNICAS ASSÉPTICAS	PROBLEMAS COM EQUIPAMENTOS	GRAU DE CONSCIÊNCIA
<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> ACORDADO
<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SONOLENTO
		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA				<input type="checkbox"/> ADORMECIDO
						<input type="checkbox"/> ENTUBADO
						<input type="checkbox"/> OUTRO

Rosalene Gomes de Oliveira  
 Tcc (ex) Enfermeira  
 CRM 914.455

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
  
 07 FEV 2019  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Rosendo, 455 Loja C  
 Centro-Norte CEP: 64.002-470  
 Teresina-Pi





DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
07 FEV 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Lqj C  
Centro-Norte CEP: 54.002-470  
Teresina-Pi







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

→ Sousa **CONSUMO DE SALA** 24-11-18

Paciente:	<u>Baricelia Lima de</u>	Atendimento:	<u>574172</u>
Convênio:	<u>Intermed</u>	Cirurgião:	<u>Rodemack</u>
Cirurgia:	<u>Fra. ou luxações por</u>	Circulante:	<u>Loziane</u>
Quantidade	Descrição	Quantidade	Descrição
	<u>01 capa p/ video</u>		
	<u>01 capa p/ intensificador</u>		
	<u>01 Equip. p/ irrigação 4 vias</u>		
	<u>01 lâmina de Shaver n: 315 mm</u>		
	<u>01 Fio de Kirschner n: 2.0</u>		
	<u>01 Lâmina de microdebridamento razer (sufixo)</u>		
	<u>02 Fios quim. catibrado</u>		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
 07 FEV 2019  
 GENTE SEGURADORA S.A.

# Capa para Videocirurgia

Tamanho 150mm x 2500mm  
 Ref.: S0097

Registro ANVISA - 80251140005

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

**American Instruments**  
 Fabricação recomendada uso único

REF: S0086  
 CAPA PROTETORA 80 X 120 MM P/ INTENSIFICADOR DE IMAGENS  
 Esterilização em Óxido de Etileno  
 Resp. Téc.: Priscilla Biscaro CRQ: 04200899  
 Data Fabricação: 07/02/2018  
 Data Validade: 07/02/2020  
 Contém Látex Natural. Pode Causar Alergia.  
 Artigo Médico Hospitalar / Não Reesterilizar  
 Reg. ANVISA: 80251140047  
 Lote: 396  
 Contem 01 Unidade

instruções de uso disponível em:  
[www.americainstruments.com.br/produtos](http://www.americainstruments.com.br/produtos)

Rep. Técnica: Priscilla Biscaro - CRQ 04200899  
 Não utilizar se a embalagem estiver violada.

American Instruments Eireli - EPP  
 CNPJ: 069813100001-21  
 AV. S3 - n.º 1227 - CEP 13201-030  
 Rio Claro/SP - Brasil  
 tel: 19 3531 5100 - fax: 19 3531 5109  
[www.americainstruments.com.br](http://www.americainstruments.com.br)

www.americainstruments.com.br/Referencia

REF: A16015A  
 EQUIPO P/ IRRIGACAO C/ CONECTOR GRADUADO A VIAS  
 Esterilização em Óxido de Etileno  
 Resp. Téc.: Priscilla Biscaro CRQ: 04200899  
 Data Fabricação: 27/06/2018  
 Data Validade: 27/06/2020  
 Reg. ANVISA: 80251140049  
 Lote: 140  
 Contem 01 Unidade

instruções de uso disponível em:  
[www.americainstruments.com.br/Referencia](http://www.americainstruments.com.br/Referencia)

7898270278143

Fixe esta etiqueta ao relatório do Paciente  
 GARANTIA DE MICRODEBRIDAMENTO RAZER - A.M.C.  
 200,00  
 Cód. 805170000 SWL.OT: 000895  
 Registro ANVISA Nº: 80251140005  
 Pim.: 22/01/2018 - Val. 2 ANOS  
 São Francisco de Assis (Rua Manoel de Araújo, 437) - 13201-030 - Rio Claro/SP - Brasil  
 CNPJ: 069813100001-21 - Insc. Est. SP: 069.813.100-01  
 CEP: 13201-030 - Tel: 19 3531 5100 - Fax: 19 3531 5109 - E-mail: vendas@americainstruments.com.br



Atendimento: 574172

Paciente: AURICELIA LIMA DE SOUSA

Data de Nascimento: 15/09/1989

Médico Assistente: RADEMACK DUARTE AMORIM

Prestador Responsável: ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA

Conselho / Número COREN - PI - 514455

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: 09:48

Responsável: ROZILENE GOMES DE OLIVEIRA

Leito: APARTAMENTO\_78

09:50HS PCT ADMITIDA NO C.C PARA TTT CIRURGICO DE RECONSTRUÇÃO RETENCIONAMENTO OU REFORÇO, REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO,FRATURA OU LUXAÇÕES AO NIVEL DO JOELHO DIREITO, PELO DR. RADEMACK DUARTE, VEIO DE CADEIRA DE RODAS, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA COM EXAMES .NEGA + HAS + DM, EM JENJUM, RELATA ALERGIA MEDICAMENTOSA A SOBROMIL.  
09:00HS REALIZADA PUNÇÃO VENOSA NO M.S.E, COM JELCO N°20, SSVV SEGUE ESTAVEIS. REALIZADA ANESTESIA TIPO RAQUE + SEDAÇÃO , PELA ANESTESIOLOGISTA DRA. SANDRA MARIA MOURA FÉ.  
09:10HS ADMINISTRADO 02 AMPOLAS DE DÍPIRONA, 02 FRASCO DE CEFAZOLINAS, 01 AMPOLA DE MOD.FICAL DE 8MG, 01 AMPOLA DE BROMOPRIDA, 01 AMPOLA DE RANITIDINA, 01 AMPOLA DE DEXAMETASONA, AMBAS PELA ANESTESIOLOGISTA DRA. SANDRA MARIA MOURA FÉ.  
INICIO 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*  
Enfermagem  
COREN 514.455

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

## RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

### RELATÓRIO:

- Pequena avulsão óssea localizada na borda do platô tibial lateral.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- 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

HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA  
Rua Território Fernando de Noronha, 2566 - Cep 64-007-250  
Teresina - Piauí. Tel.: (86) 2107-1600  
CNPJ: 06.555.031/0002-76

Site: [www.unimedteresina.com.br](http://www.unimedteresina.com.br) E-mail: [hospital@unimedteresina.com.br](mailto:hospital@unimedteresina.com.br)

1 de 1





Diego

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

Prescrição.: 782587 Data Prescrição: 24/11/2018 11:01  
Setor Solic: POSTO 5 NR Carteira: 09330564417381015  
Atendimento: 574172 Validade:  
Origem Atd.: INTERNAÇÃO Classificação de Risco:  
Convênio...: INTERMED Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
Prestador...: 2751 RADEMACK DUARTE AMORIM  
Acomodação.: APT\_78 Leito: APARTAMENTO\_78  
Unid Intern: POSTO 05  
Cid.....: M235 INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO Usuário: RAMORIM

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado

Para: DIAGNOSTICO POR IMAGEM PRIMAVE

Exames:	Qty.	Pedido	Data Coleta	Material	Loc. Anatômico	Accession Number	Cod. Fatur.
RX JOELHO AP - LAT (DIREITO)		 137575	24/11/2018 11:01			 165330	40804054 AT

Não Operatório

*Dr. Rademack Duarte Amorim*  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho  
CRM-PI 2751 - REG. 11278

RADEMACK DUARTE AMORIM  
CRM : 2751

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
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





D

AURICELLA LIMA DE SOUSA  
DN:15/09/1989 029Y

HOSPITAL UNIMED TERESINA  
ID:89249

Data:24/11/2018  
TEC:DIEGO



3/12/2018

Carestream Vue Motion

Localizar paciente (7) Auricélia Lima De Sousa

Olá Urgência Plantonista [Sair](#)

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

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

Histórico do paciente (1)



Laudos do paciente

DEPARTAMENTOS DE SINIS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
07 FEV 2019  
GENTE SEGURADORA S.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja  
Centro-Norte CEP: 64.002-476  
Teresina-PI

https://tjpi.170575900000010173519






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

Flubrica 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
<del>TRAMADOL SOL INJ 50MG/ML 2ML</del>	<del>1</del>	<del>AMPOLA</del>	<del></del>	<del>IV</del>	<del>8/8 H</del>	<del>24/11 07:22</del>
<del>PARACETAMOL SOL INJ 500MG/ML 2ML</del>	<del>1</del>	<del>AMPOLA</del>	<del></del>	<del>IV</del>	<del>8/8 H</del>	<del>24/11 07:22</del>
<del>SORO FISIOLOGICO 100ML</del>	<del>1</del>	<del>FR</del>	<del></del>	<del></del>	<del></del>	<del></del>
CETOPROFENO IV PO SOL INJ.100MG	1	FA		IV	12/12 H	[24/11] 07:00-23:00 16 [25/11] 07:00 04
-> SORO FISIOLOGICO - 100ML	1	FR				
Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO						

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
<del>HEPARINA SOL SOL INJ 500UI/ML 25ML</del>	<del>1</del>	<del>AMPOLA</del>	<del></del>	<del>SC</del>	<del>12/12 H</del>	<del>24/11 07:22</del>
<del>SORO FISIOLOGICO 100ML</del>	<del>1</del>	<del>FR</del>	<del></del>	<del></del>	<del></del>	<del>24/11 07:22</del>

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
5 DAPIRONA SOL.INJ. 500MG/ML-2ML	1	AMPOLA		IV	6/6 H	[24/11] 07:00-15:00 15 [25/11] 07:00-12:00 12

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
<del>CLORAZEPATO NA 30MG/10ML</del>	<del>1</del>	<del>AMPOLA</del>	<del></del>	<del>IV</del>	<del>8/8 H</del>	<del>24/11 07:22</del>
<del>SORO FISIOLOGICO 100ML</del>	<del>1</del>	<del>FR</del>	<del></del>	<del></del>	<del></del>	<del>24/11 07:22</del>

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

PROCEDIMENTOS DO ENFERMEIRO	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
<del>COMPRESSA DE GELO</del>	<del>1</del>	<del></del>	<del></del>	<del></del>	<del></del>	<del></del>

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

DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO  
 Cirurgião e Ortopedista  
 CRM-PI 2751 - 24/11/2018 11:05  
 RADEMACK DUARTE AMORIM  
 51



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 ISTABILIDADE CRONICA DO JOELHO DO C.C. CALMA, CONCIENTE, ORIENTADA, FASICA, AFEBRIL, NORMOCARDICA, NORMOTENSA, EUPNEICO RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, DIETA LIVRE, A/VP EM HV, DEAMBULA COÑTAL'XIIO, DPE. SEGUE 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, DAPIRONA EV CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.

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

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



  
LUCIANA MARIA VITORIA DE VASCONCELOS  
COREN 001054389





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 ISTABILIDADE 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 AUSENTE NESSE MOMENTO. SEGUE 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.

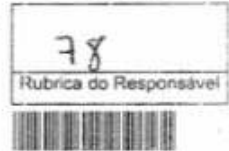


  
NADIA SANDRA SILVA SOUSA  
COREN 922120



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 CRONICA DO JOELHO Diagnóstico:  
 PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: SERGIO PARENTE LIRA - CRM - PI - 4294  
 FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIETA LIVRE						[25/11] 17:25
MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 TRAMADOL SOL.INJ. 50MG/ML - 2ML (*)A2 Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO DE FRATURA DE PATELA  -> SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1 ML 1 FR			IV	8/8 H	[25/11] 08:00 [26/11] 08:00
3 CETOPROFENO IV PO SOL.INJ.100MG  -> SORO FISIOLÓGICO - 100ML Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO	1 FA 1 FR			IV	12/12 H	[25/11] 07:25 [26/11] 07:25
4 HEPARINA SC SOL. INJ. 5.000UI/ML-0,25ML Justificativa: paciente no pósoperatório de fratura avulsão do lca	1 AMPOLA			SC	1 X AO DIA	[25/11] 07:25
5 DAPIRONA SOL.INJ. 500MG/ML-2ML	1 AMPOLA			IV	6/6 H	[25/11] 18:00 [26/11] 18:00
6 (D2/2) CEFAZOLINA 1G PÓ INJET Justificativa: paciente no pósoperatório de fratura avulsão do lca Obs.: PACIENTE NO PÓSOPERATÓRIO DE FRATURA DE artroscopia	1 FA			IV	6/6 H	[25/11] 10:00 [26/11] 10:00
PROCEDIMENTOS DO ENFERMEIRO	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 COMPRESSA DE GELO	5					[25/11] 17:25

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 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

SERGIO PARENTE LIRA  
 CRM 4294



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

Sector: 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 INSTABILIDADE 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. SEGUE AOS CUIDADOS.  
08:00 AFERIDO SSVV ESTÁVEIS.

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.

18:00 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



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

Responsável: NADIA SANDRA SILVA SOUSA

Hora anotação: 20:15

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 AUSENTE NESSE MOMENTO. SEGUE 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*  
NADIA SANDRA SILVA SOUSA  
COREN 922120



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  
FC:90  
SATURAÇÃO:99%

22hs Referido dor administrado medicação de horario

24hs Evolui em repouso no leito consciente , orientando , fasica em hv periferica sem queixas algicas no momento , melhora da dor , ssvv estaveis , administrado medicação de horario , diurese presente espontanea. 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 , fasica , acesso salenizado , sem queixas algicas no momento , administrado medicação de horario , diurese presente espontanea. Sono e repouso satisfatorio.



LAECIA GOMES MARINHO  
COREN 657361



RESUMO DE ALTA

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

IDENTIFICAÇÃO

NOME: AURICELIA LIMA DE SOUSA

IDADE: 29 Anos

RG: 2765549

PESO:

Data de Nascimento:

15/09/1989

SEXO: FEMININO

ALTURA:

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

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL:

M235 - INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

M235 - INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
07 FEV 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Almeida - 465-14010  
Cidade - Curitiba - PR - 81.102-470  
Fone: (41) 3333-1111

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-TERAPEUTICO

PRESTADOR: RADEMACK DUARTE AMORIM

ÚLTIMA:

24/11/2018

EVOLUÇÃO

paciente no pósoperatório retensionamento do lca 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 lca.cd-alta hospitalar +curativo local

RADEMACK DUARTE AMORIM

CRM-2751

Dr. Rademack Duarte Amorim  
Omnipol de Curitiba - 160711278  
CRM-2751

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 O<sub>2</sub>, 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 DAPIRONA, CEFAZOLINA.

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



  
JOSELITA PEREIRA DA SILVA  
COREN 698251





RELATÓRIO MÉDICO

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

Declaro que a vítima  
Liuem da Sousa, foi vítima no acidente  
de trânsito, fato ocorrido em 06.01.18 às  
6:30hs. tendo sofrido fratura e lesão  
certas como fratura avulsiva e platis  
fibril direita, foi em toda cirurgia realizada  
através de osteossíntese de seis placas  
profundas e fios de acetábulo, com placas  
firmes com firmeza e, tendo alta  
definitiva, relato com sequelas:  
forte dor, limitação de movimento  
e incapacidade de locomoção.  
com comprometimento funcional  
de 80%.

- 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

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

*Edimar*  
19.02.2019

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

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

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





**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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rogo Soares Marques inscrito (a) no CPF 840173173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Auricelia Lima de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 030414873 / 30, do sinistro de DPVAT cobertura 2 validad da Vítima Auricelia Lima de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 030414873 / 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número <u>511</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>Centro norte</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>64000235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Teresina, PE, 07 de Fevereiro de 19  
Local e Data

Nelle Rogo Soares Marques  
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 038.810.933-10, com  
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Q. AM B1. OS AP. DAS TORQUATO NETO, nº \_\_\_\_\_,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Aurecilia Gomes de Sousa, cujo o condutor era  
Cleiton Jose Alves de Paulo.

Veículo: Moto  
Modelo: YAMAHA YBR 125 K  
Ano: 2006  
Placa: LVM 6462  
Chassi: 9CGK6092060031507  
Data do Acidente: 06.11.2018  
Local e Data: Teresina, 06 de Novembro de 2018

Eva Sousa Leite  
Assinatura do Declarante

Cleiton Jose Alves de Paulo  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



**SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DO 1º OFÍCIO** Rua David Galvão, 495 - Centro - Teresina/PI - CEP 64001-190  
Cuiabá, 186 3221-7513 - www.com.br - www.tjpi.com.br  
Rua: Maria Elizabeth Paiva e Silva Muller

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

Ricardo Miguel de Oliveira Cunha  
RICARDO MIGUEL DE OLIVEIRA CUNHA - ESCRIVENTE  
Emal: R\$ 7,42 TJ; R\$ 1,48 Selo; R\$ 0,52 Total: R\$ 9,42



**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este número  
**085 3869-7**  
01555222

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 799 - Centro - Teresina - PI  
CEP: 64.000-170  
CNPJ: 06.940.748/0001-80 | Ins. Estadual: 13.201.000-0  
Nota Fiscal / Carta de Energia: Emissão - 08/18  
Regime especial de emissão autorizado pela SEFAZ/PI/08

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE é concedida  
pelo Lei nº 12.433 de 20 de abril de 2012.

DEZEMBRO 2018 02-01-2019 57 55,07

**NELLE ROZE SOARES MARQUES**  
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE  
CPF: 00004017317391  
CEP: 64.000-235 - TERESINA

Dados Anteriores		Dados Atuais	
Ativo	19063	Ativo	27-11-2018
Ativo	19006	Arretrados	23-01-2019
Atividade	1,000	Taxa de Letura	24-12-2018
Constante de Multa/Carência	57	Emissão	26-12-2018
Consumo Máximo	57	Arretrados	30
Consumo Retornado	NORMAL		

COMERCIAL - MONO - A1418740 - 3:5:3:1 - 308

NOV/18	CONSUMO	Sr. A. R. 0,382746	50,31
OUT/18	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		4,20
SET/18	CORRECAO MONETARIA IG 11/18-00		0,04
AGO/18	MULTA POR ATRASO 11/18-00		0,48
JUL/18	JUROS POR ATRASO 11/18-00		0,04
JUN/18	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,05	
MAI/18			
ABR/18			
MAR/18			
FEV/18			

TARIFA SEM TRIBUTOS  
R\$ - 2.215,06

REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFORME RESOLUCAO ANEEL 2.490/2018. LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25. Parabens! Até o dia 24-12-2018, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

REGISTRO AO FISCAL C397.6C6B.9345.33A3.DC96.FFC8.9/22.A49B

Descontos	10,07	Base de Cálculo	50,31
Energia	19,03	Alíquota ICMS	22,00%
Transmissão	2,99	Multa ICMS	11,06
Extinção	3,03	Valor ICMS	0,74
Taxas	15,24	Multa ICMS	3,44

11 6,23 12,45 3,03  
0,00

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
07 FEV 2019  
GENTE SEGURO 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. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.746/0001-88 | Insc. Estadual: 19.301.302-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imposto autorizada pela SEINFZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 015810870

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 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: 00000724436340  
CEP: 64.039-557 - TERESINA

DADOS DA LEITURA			DADOS DA LEITURA	
Atual:	10294	Anterior:	02/01/2019	
Anterior:	10218	Anterior:	04/12/2018	
Constante de Multiplicação:	1,000	Problema Leituras:	01/02/2019	
Consumo Medidor:	76	Emissão:	01/01/2019	
Consumo Retornado:	76	Apresentação:	02/01/2019	
		FCAM		
			29	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Utição	Número Medidor	Posto	Código Neg.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1471585		1.1.1.1	90

HISTÓRICO kWh	DESCR. DA CONTA	VALOR
DEZ/18 82	CONSUMO	76 A R\$ 0,862958 = 65,58
NOV/18 79	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO5IP)	5,69
OUT/18 102		
SET/18 79		
AGO/18 93		
JUL/18 90		
JUN/18 95		
MAI/18 68		
ABR/18 104		
MAR/18 87		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
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

MESSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO  
LEQUE 0000 000 0000 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 01/01/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.



RECORRIDO AO RISCO 70AF.DF17.B77F.BA4F.1360.A0DC.385F.D406

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	26,44	Base de Cálculo:	22,00%
Energia	4,47	Alíquota 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 AREA 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 URGENCIA

\* URGENCIA INTERMED

ALEGA ACIDENTE DE MOTO POR EM JOELHO DIR  
RX SINAIS DE LESAO COLATERAL  
TUBO GESSADO  
TEFLAN

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
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

CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA  
Clarinda de B. Veras Melo  
Diretor Administrativo  
Luisa de B. V. dos Reis  
Diretor Administrativo



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 AREA LEAO 2007 Bairro MONTE CASTELO CID. TERESINA UF PI CEP

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

\* RETORNO INTERMED

RNM DO JOELHO DIR

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

\* CONSULTA INTERMED

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

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

\* URGENCIA INTERMED

ALIEGA ACIDENTE DE MOTO DOR EM JOELHO DIR  
RX SINIAIS DE LESAO COLATERAL  
TUBO GESSADO  
TEFLAN

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

\* CONSULTA INTERMED

\*\* QUEIXA PRINCIPAL \*\*

dor nas costas

\*\* EXAME COMPLEMENTAR \*\*

dor transição toracolumbar

Data: 12/09/2013 09:31 DR ODILMAR AMORIM

\* AGENDADA INTERMED

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 de Atendimento T. RESINA LTDA  
C/atividade de B. Veras Neto  
Diretor Administrativo

# 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	Auricélia Lima de Sousa	
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>			
Nome completo:		CPF:	
Auricélia Lima de Sousa		030.414.873-30	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Auxiliar A.	R5 Torquato neto III S/n QDM casa 25	514	Usar
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
portal da Alegria	Terezina	PI	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).

**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**

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itai (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2696 <input type="checkbox"/> CONTA: 2126 <input type="checkbox"/> 4	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(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.

**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, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 07 FEV 2019  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua do Rio Branco, 459 - Torre C  
 Centro - Fortaleza - CE - CEP: 60002-470  
 Fone: (85) 3100-4700

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/>	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Terezina piaui 07/02/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Auricélia Lima de Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | 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 ROGO, 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.





# 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: 030414873-30 Nome completo da vítima: Auricelia Lima de Sousa

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

Nome completo: Auricelia Lima de Sousa CPF: 030.414.873-30  
 Profissão: Auxiliar A. Endereço: RS Torquato Neto III S/N QDM Casa 25 Número: 511 Complemento: 0200  
 Bairro: Portal da Alegria Cidade: Terezina 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).

**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:** 3696 **CONTA:** 2126 4  
(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.

**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 avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 07 FEB 2019  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua do Rio Branco, 100 - Centro  
 Fortaleza - CE - CEP: 60002-470  
 Fone: (85) 3100-4000

**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 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 vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data: Terezina Piauí 07/02/19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Auricelia Lima de Sousa  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**  
 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura  
 2ª | 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 ROGO, 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: 07:28:38  
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 99402-2031

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  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)





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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000025/2019-84**

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Haroldo Bonfim De Oliveira

Data/Hora: 16/01/2019 - 11:21

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável  
 GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

503548

Data/Hora  
 06/11/2018 - 07:30

Tipo Local  
 VIA PÚBLICA

Município  
 TERESINA

Bairro  
 PIÇARRA

Endereço  
 AV. MIGUEL ROSA COM VALDIVINO TITO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência  
 AUTO PEÇAS PADRE CÍCERO

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: AURICÉLIA LIMA DE SOUSA  
 Mãe: NATALIA MARIA LIMA DE ARAUJO  
 Pai: RAIMUNDO RODRIGUES DE SOUSA  
 Endereço: QD-M, CS-25, RESID TORQUATO NETO III, Nº  
 Bairro: PORTAL DA ALEGRIA  
 Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência  
 1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

À VÍTIMA NOTICIANTE AURICÉLIA LIMA DE SOUSA, RELATA QUE TRAFEGAVA NA AV. MIGUEL ROSA, SENTIDO SUL NORTE, COMO PASSAGEIRA, NA MOTOCICLETA YAMAHA/YBR 125K, COR VERMELHA, PLACA LVM-6462 TERESINA PI, RENAVAL 879648112, PROPRIEDADE DE EVA SOUSA LEITE, PILOTADA POR CLEITON JOSÉ ALVES DE PAULA, CPF 003/283/303/29, RESIDENTE NO ENDEREÇO DA VÍTIMA; QUANDO FOI COLIDIDO NA LATERAL DIREITA DE SUA MOTO, ONDE VEIO À CAIR, ENVOLVENDO UMA OUTRA MOTOCICLETA DE MARCA, PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NA RUA VALDIVINO TITO, SENTIDO LESTE OESTE; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS E CONDUZIDA PARA COT "CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA" CONFORME Nº DE ATENDIMENTO 275507; QUE NO DIA 24/11/2018 DEU ENTRADA NO HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 89249. FOI ARROLADO COMO TESTEMUNHA, AURIANE BEZERRA MELO DE PAULO, RG. 1563760, QD-M, CS-38, RESIDENCIAL TORQUATO NETO III, BAIRRO PORTAL DA ALEGRIA, TERESINA PI.

*[Handwritten Signature]*  
 Haroldo Bonfim De Oliveira - Mat. 0095150  
 AGENTE DE POLÍCIA

*[Handwritten Signature]*  
 AURICÉLIA LIMA DE SOUSA - Noticiante  
 Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01941/01942 - carta\_30 - INVALIDEZ



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](http://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**

Pag. 00851/00852 - carta\_09 - INVALIDEZ

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](http://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**

Pag. 00643/00644 - carta\_09 - INVALIDEZ



Carta nº 14311700





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

