

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANDREINA Thays FEITOSA da Rocha
 RG: 4.471.475 Orgão Emissor: SSP-PI
 CPF: 079.993.443-70 Nacionalidade: BRASILEIRA
 Est. Civil: SOLTEIRA Profissão: do lar
 Endereço: CJ. RAZNUMAR Porteira RD 109 LT 19 CS 00 N°
 Bairro: Prazeres Cep: _____ Cidade/UF: TERESINA-PI
 Telefone: (86) 98807-7370 () _____

OUTORGADO:Nome: keylly moura de oliveiraRG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de SegurosEndereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro N° 554, Bairro: Centro norteCep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/PiauíTelefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo estabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Andreina Thays FEITOSA da RochaCPF: 079.993.443-70 Data do Acidente: 22/11/18Cobertura solicitada: Invalidade Permanente DAMS MorteTERESINA 32 Agosto 2019
Local e data

Andreina Thays Feitosa da Rocha
 Assinatura do Outorgante/reconhecer firma por autenticidade

2014
07/07/2014

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298606/19

Vítima: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

CPF: 079.993.443-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/11/2018

Titular do CPF: ANDREINA THAYS
FEITOSA DA ROCHA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA : 079.993.443-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 29/08/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/08/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Paula Vargens Mendes da Costa

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 049.993.443-70 Andreina Thaís Fitora da Rocha

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Andreina Thaís Fitora da Rocha 6 - CPF: 049.993.443-70
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 de lar G. Raimundo Portela 19 ad 509 Lt 059 e 13
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
 Puemoré 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 991725541

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1987 08 CONTA: 309487 6

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

29 AGO 2018

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima teve irmãos? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital na vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a logo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ... Teresina - Piauí 28.08.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Eletrobras
Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 25518347

JACKSON COSTA

CJ RAIMUNDO PORTELA, 19 , Q 109 LT 19 C B

PROMORAR

64027260 TERESINA

PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
399230	08/2019	09/07/2019 a 07/08/2019
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
119	10/09/2019	R\$ 114,49

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui



Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

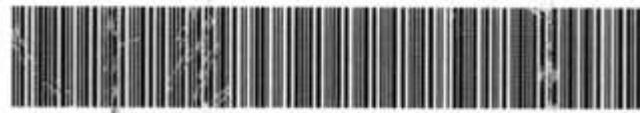
AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
399230	08/2019	R\$ 114,49

836200000013.144900170008.000000000398.923008190053



equatorial
ENERGIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série R-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ/06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal 026378729

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	02/09/2019	158	165,26

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-982 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA	X.WH	DATAS DA LEITURA
Atual:	13530	Atual: 26/08/2019
Anterior:	13372	Anterior: 25/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 24/09/2019
Consumo Medido:	158	Emissão: 23/08/2019
Consumo Faturado:	158	Apresentação: 26/08/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponta	Código Pct.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	154

HISTÓRICO RFB	DESCRICAÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	CONSUMO 158 A R\$ 0,905678 =	143,09
JUL/19	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	12,33
JUN/19	CORRECAO MONETARIA DA IL (2X)	0,06
MAI/19	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)	1,57
ABR/19	MULTA POR ATRASO DE IL. (2X)	0,44
MAR/19	JUROS DE MORA ATRASO DE (2X)	0,88
FEV/19	MULTA POR ATRASO (2X)	5,29
JAN/19	JUROS POR ATRASO (2X)	2,30
DEZ/18	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,44
NOV/18	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	5,13
OUT/18		
TARIFA SEM TRIBUTOS: R A 158 - 0,905678		

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/08/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode optar em não mais de ver o vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entrando em contato com a sua agência de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 9/10. B0EB. 1359. CE00. D7CA. 3960. 4FAD. 1C70

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ IMPÔSTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuição:	30,08	Base de Cálculo:	143,09	111,61
Energia:	58,10	Aliquota ICMS:	22,00%	
Transmissão:	9,82	Valor do ICMS:		31,47
Encargos:	4,81	Valor do PIS:	1,40%	1,57
Impostos:	40,28	Valor do COFINS:	6,49%	7,24

INDICADORES DE CONSUMO RFB

	DNC	FCM	LNG	LMC
	Normal	Excedentário	Acima	Normal
Límite	5,31	10,63	21,25	3,11
Realizado	0,00			0,00
Consumo				Periodo de Aplicação
				06/2019
				Total
				54,53

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO

0051867-0

TOTAL A PAGAR - R\$

165,26

equatorial
ENERGIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

MÊS FATURADO 08/2019

VENCIMENTO 02/09/2019

Nº da Nota Fiscal 026378729 FCAM

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

83630000001 2 65260017000 3 0000000051 3 86700819008 6



SEQ.: 00339 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 26/08/2019 T.ENTR.: 09

LEITURA: 13530 NORMAL TOTAL: 165,26 CARGA: 010

DT.VENC.: 02/09/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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 Kelly meuse de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Andrina Thays Feitosa da Pachá inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.993.443-10, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Andrina Thays Feitosa da Pachá inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.993.443-10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Recuso informar

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	Rua: Vinte e Quatro de Janeiro	Número	554
Bairro	Centro	Cidade	Teresina
Email		Telefone comercial(DDD)	(86)994729591



Thu, Pi 28 de 08 de 19
Local e Data

Kelly Meuse de Oliveira
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Françinaldo Carvalho do Nascimento,
RG nº 3.330.415, data de expedição 06/04/15,

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 056.300.003.34,
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua: Projetado, nº 00176,

complemento Jairo Arcoverde, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Andriana Thays Furtosa da Rocha, cujo o condutor era Franco Pereira de Souza

Veículo: Moto Modelo: Honda Pop 100 Ano: 2013/2014

Placa: LVY-3560 Chassi: SGDHB0210ER 001917

Data do Acidente: 22/11/18

Local e Data: Teresina 27 AGOSTO 2019

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

Françinaldo Carvalho do Nascimento

Assinatura do Declarante

ENTE SEGURADORA S.A.
Av. Celso de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua General Magalhães, 1220 - Centro - CEP 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-8159 - E-mail: atencionalocal@teresina.tjpi.jus.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCINALDO CARVALHO DO NASCIMENTO, DOU FÉ. EM TESTE. EM 27/08/2019 DA VERDADE. Teresina-PI, 27/08/2019
www.tjpi.jus.br/notafaxtra. KELLY DE ABREU VALVERDE

KELLY DE ABREU VALVERDE-ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol:1,385 TJ:0,77 FMMP/PI 0,10 Selos:0,26 Total:4,98 - OP:149
DECLARAÇÃO

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kelly de Abreu Valverde
Escrevente Autorizada
Teresina - PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 06 Saída do local 10 Endereço 11 Bairro 13 Ponto de referência 14 Nome 16 Idade 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado 30/05/2000	02 Data do chamado 07 Chegada ao 1º hospital 12 Município-UF Código IBGE	03 PRO (código) 08 Saída do 1º hospital 09 Chegada ao 2º Hospital	04 Saída do PA 05 Chegada ao local 10/15																				
Local da Ocorrência																								
Dados do Paciente	15 Sexo 1 - Masculino 2- Feminino 9- Ignorado																							
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado																							
Acidente de Transporte	<p>18 Tipo de ocorrência</p> <table border="0"> <tr><td>01 - Acidente de transporte</td><td>06 - Tentativa de suicídio</td><td>11 - Queda</td><td>16 - Outros</td></tr> <tr><td>02 - Agressão física-espancamento</td><td>07 - Envenenamento</td><td>12 - Urgência clínica</td><td>17 - Já removido</td></tr> <tr><td>03 - Agressão física-FAF</td><td>08 - Afogamento</td><td>13 - Urgência obstétrica</td><td>18 - Falso chamado</td></tr> <tr><td>04 - Agressão física-FAB</td><td>09 - Queimadura</td><td>14 - Transferência</td><td></td></tr> <tr><td>05 - Urgência psiquiátrica</td><td>10 - Choque elétrico</td><td>15 - Exames complementares</td><td></td></tr> </table>				01 - Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros	02 - Agressão física-espancamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica	17 - Já removido	03 - Agressão física-FAF	08 - Afogamento	13 - Urgência obstétrica	18 - Falso chamado	04 - Agressão física-FAB	09 - Queimadura	14 - Transferência		05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico	15 - Exames complementares	
01 - Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros																					
02 - Agressão física-espancamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica	17 - Já removido																					
03 - Agressão física-FAF	08 - Afogamento	13 - Urgência obstétrica	18 - Falso chamado																					
04 - Agressão física-FAB	09 - Queimadura	14 - Transferência																						
05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico	15 - Exames complementares																						
Exame Físico	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança																				
Assistência	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso _____ Resp. 150x70 PA _____ TAX. _____ Sat02 _____																				
Hospital de Destino	25 Local da lesão 26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 7 Moderada 10 Intensa																				
Observações Interdisciplinar	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Prancha longa/curta Oxigênio Colar cervical Curativos Kred	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado																				
	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte																							
	<p>Spontânea vítima de acidente de trânsito com ferro apunhalado na lombada suspeita de fratura no braço</p> <p>Responsável pela recepção Socorristas Médico _____ AE/TE _____</p> <p>Enfermeiro Condutor _____</p>																							

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, 22 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190505897**

Vítima: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

Data do Acidente: 22/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

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: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001987

Conta: 00000109487-6

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



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, 30 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190505897

Vítima: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

Data do Acidente: 22/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003277/2019-70

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 27/08/2019 - 11:30

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

5444 97

Data/Hora

22/11/2018 - 09:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

SANTO ANTÔNIO

Endereço

RUA INACIO COSTA VERAS, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 4471475 PI

Mãe: ELIZABETE FEITOSA DA SILVA

Endereço: QD-109, LT-19, CS-B, N°:

Bairro: PROMORAR

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE ERA PASSAGEIRA DA MOTO HONDA/POP 100, PLACA LVY-3560-PI, COR PRETA, RENAVAM 00585008477, PROP. DE FRANCINALDO CARVALHO DO NASCIMENTO, DE CONDUTOR FRANCO PEREIRA DE SOUSA, E QUE TRAFEGAVAM PELA VIA CITADA, QUANDO UM AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA O HUT (PRONT 456503). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat.
AGENTE DE POL

ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA - Noticiante
Responsável pela Informação



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
099.993.443-70 Andreina Thays Fitorc da Rocha		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012		
5 - Nome completo:	6 - CPF:	
Andreina Thays Fitorc da Rocha		099.993.443-70
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número: 10 - Complemento:
do lar	C. Raimundo Portela 19 ad'log	609 e 13
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.027-260
15 - E-mail:		
16 - Tel.(DDD): (86) 999725541		

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR.	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Fed. e Est. (104)

AGÊNCIA: 1987 08 CONTA: 109487 6

(informar o dígito se existir)

(informar o díg. se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o díg. se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - 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	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou na turto (nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a logo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ... Teresina - Piauí 28.08.19

Andreina Thays Fitorc da Rocha

Rully Lacerda

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

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: 16/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000109487-6

Nr. da Autenticação 88BF5226BC187252



TORACICO
(Data: 22/11/2018 10:48:16)
(User: LORENA)
(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA		Prontuário: 456503
Mãe: ELIZABETE FEITOSA DA SILVA	Pai: ROSEILSON PERERIA DA ROCHA NONATO	
End. Resid.: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 30/05/2000	Idade: 18a5m23d	Sexo: Feminino Fone: 86-98828-8086
Responsável: O MESMO		CNS: 898000536602931
Profissão:		Documento: CPF: - - -
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Solteiro(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 694910	Data: 22/11/2018 10:37:43	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundario: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Mecanismo de trauma significativo	CIRURGIÃO GERAL	Laranja
Breve História:		Profissional Clas. Risco:	
PACIENTE VEIO ATRAVÉS DO SAMU COM RELATOS DE VITIMA DE ACIDENTE TRANSITO MOTO/COLISAO COM CARRO. APRESENTANDO EDEMA EM REGIÃO FRONTAL. HEMATOMA. RELATA SER ALERGICA A DIPIRONA. SEGUO ALCOOLIZADA.		LORENA MAGALHÃES MACEDO 22/11/18 Em: 22/11/2018 10:48:15	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 11:00) Paciente vítima de acidente motorcyclístico há + 1 hora, sem capacetete. (A) Vias aéreas patológicas, g/ colar cervical e granya rígida. (B) MHP ligeiramente torax estavel, prem RA 23 ppm. (C) Abm. estavel, abdome maior e palpável, pelve estavel. (D) ECG = 13, pupilas isovivas e foveoligêntes, TCE leve c/ história de perda de consciência. (E) Escorregão (F) dor em mmais (G) e pelve.

REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA

PA 120 x 80 mmHg Peso: 30

Diagnóstico Inicial:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS:	DATA: / /
FC: 89 DP/AT	Temp.: _____
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	CID: _____
EXAME: _____	_____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

29 AGO 2018 LAUDO PROVISÓRIO

TC de crânio (A) TC de coluna cervical Rnd de braço, pulso e mão
Rx de torax USG abdominal, bexiga
Rnd de pelve

HUT DR. ZENON ROCHA

TRABALHO CONSULTADORIA

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Exame Tol. cervical Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: 22/11/2018 11:45

HORA: 11:45

DATA: / /

HORA: :

Procedimento

Jean Luis Mendes de Oliveira
Manoel Gomes de Oliveira
CONFIRA CONFERIDA
CID

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA		<u>Prontuário:</u> 456503
<u>Mãe:</u> ELIZABETE FEITOSA DA SILVA	<u>Pai:</u> ROSEILSON PERERIA DA ROCHA NONATO	
<u>End. Resid.:</u> QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
<u>Nascimento:</u> 30/05/2000	<u>Idade:</u> 18a5m23d	<u>Sexo:</u> Feminino <u>Fone:</u> 86-98828-8086
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>CNS:</u> 898000536602931
<u>Profissão:</u>		<u>Documento:</u> CPF: . . .
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Completo		<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 694910	<u>Data:</u> 22/11/2018 10:37:43	<u>Clas. Cor:</u> Laranja
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 22/11/18 12:00 ESPECIALISTA: Neurocirurgião
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TCE + Quidg de Moto
 Glasgow 15 Limitação autalógica de MSD
 TC de crânio: sem patologias neurocirúrgicas
 TC de coluna cervical: sem fraturas ou listefes
 CD: Sem conduta neurocirúrgica / alta de neurocirurgião

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 22/11/18 17:40h Otorrino:
 Traume ósseo (D) + pertussinotônio;
 avaliado e liberado neurocirurgião + cirurgião geral =
 Cirurgião toracico. Pós fratura incompleta de clavíula proximal
 Cx: Tratamento conservador (fixo amarrado).
 Orientações de acompanhamento ambulatorial. Dr. R. Carimbo/Assinatura Prof. Parecer Reg. CRM-PI: 3084

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 22/11/18 12:26h ESPECIALISTA: cirurgia geral
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Deltamotrizidares + gestante / avaliação
 e conduta.;

Dr. R. Carimbo/Assinatura Prof. Parecer Reg. CRM-PI: 3531/CRM-MA 6487
 Dr. R. Carimbo/Assinatura Prof. Parecer Reg. CRM-PI: 3531/CRM-MA 6487
 Dr. R. Carimbo/Assinatura Prof. Parecer Reg. CRM-PI: 3531/CRM-MA 6487
 Dr. R. Carimbo/Assinatura Prof. Parecer Reg. CRM-PI: 3531/CRM-MA 6487

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 22/11/18 13:30 Cir - Geral:
 paciente vítima de acidente moto ciclista - OS abdômen
 com alterações evanescidas. Fato (100% 3 riscos 3 dias). Eupneia
 Abdomen firme com dor a rendedor e palpáveis profundo.
 RX de tórax. Hemotorax à esquerda?
 Cd: Sem indicação de abordagem para cirurgião
 Ambulatório Pós-Tópico Dr. Leonardo

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

15339J

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES: 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES: 5828856	227531

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA	6 - Prontuário: 456503		
7-CNS: 898000536602931	8-Nascimento: 30/05/2000	9-Sexo: Feminino	RG: 4471475 - PI
11-Mãe: ELIZABETE FEITOSA DA SILVA			12-Fone: 86-98828-8086
13-Resp: (O MESMO)			14-Cor: Parda
15-Ender: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - CEP: 64000-000			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura em extremidade superior do úmero D.



21 - Condições que justificam a internação:

tto cirúrgico

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

exame fisico + rx

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise do úmero

24-CID Prim: **5423**

25-CID Sec:

26-CID C.assoc:

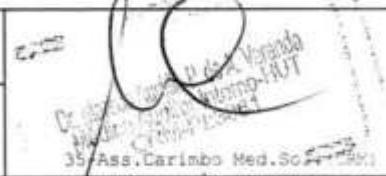
PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408060190 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 001.663.217-61

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:
YURI JIVAGO FELIX 22/11/2018



PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-Nº Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CEP:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: ()CNS ()CPF	49-Num. Documento: 101218

50-Ass.Carimbo (Rg Conselho)	Usuário: RAF (USU)
	Consulta ACS: 694410
	Consulta SUS: 03/12/2018 10:07:15
	Impressão: 03/12/2018 10:07:15

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 152391

AIH: 2218101854386



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898000536602931	ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA		30/05/2000	F	456503
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
	8688288086	ELIZABETE FEITOSA DA SILVA	ANDREINA THAYS		
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE		
64002070			19		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
PROMORAR			TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE ITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DEFÍCIT FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO FRATURA LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGICA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO,RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERO		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408060190 - OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

22/11/2018

DATA ADMISSÃO
22/11/2018 19:05DATA ALTA
25/11/2018 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
'GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Log C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
ERM - Teresina-PI'

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCIA CPF: 46361079315	CRM: DATA ANALISE: 03/12/2018 10:10:49

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47330
SAE - HUT
CONFIRME COM O ORIGINAL



BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

MATRIZ

Rua Area Leão, 596 - Centro/Sul
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366
CEP 64.001-310 • Teresina - Piauí
Insc. Est. nº 19.444.630-1
CNPJ nº 03.512.566/0001-90
biosintese@biosintesepima.com.br

FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009
Cond. Metropolitan Market Place • Calhau
CEP 65.071-380 • Fone: (55 98) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-6
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosintesepima.com.br

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital: HUT

CX - 01201-1

C.N.P.J. _____

Assinatura _____

Cargo _____

Nome Vanda

Código Ropm N°	DESCRÍÇÃO DO MATERIAL	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
	01 placa DCP 45mm extrata (6f.) (inclui parafusos)	29 AGO 2018
	02 - esporões	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 466 Log. C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
	02 - extratores	

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material (is) aqui discriminado do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 03/11/18

DATA DA ALTA _____ / _____ / _____

PACIENTE - Nome: Andremar Thays de Souza da Rocha

Nº AIH: 227531

Nº do Prontuário: 456503

Data da Internação _____ / _____ / _____

Procedimento Médico Realizado: C408020393

Indicador de Compatibilidade: 0103030912

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dc Vuri

CRM N.

José Luis de Melo
Matriculado no CRM
CONFERE COM O ORIGINAL



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES: 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES: 5828856	227531

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA	6 - Prontuário: 456503		
7-CNS: 898000536602931	8-Nascimento: 30/05/2000	9-Sexo: Feminino	CPF:
11-Mãe: ELIZABETE FEITOSA DA SILVA	12-Fone: 86-98828-8086		
13-Resp: (O MESMO)	14-Fone:		
15-Ender: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - CEP: 64000-000	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-000
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

21-Cod.Proced.Princip. 0408060J90	30 - Procedimento Principal / Descrição: OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO O MÃO E OS PÉ	
31-Cod.Procedimento Especial 0702030902	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Solicidada: 1
Fornecedor da OPM: BIOSINTESE		

38-Profissional Responsável: YURI JIVAGO FELIX	40-Tp. Documento: CPF	41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
39-Data Solicitação: 23/11/2018	40-No.Doc. Méd. Solic.: 001.663.217-61	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Pacete c/ fratura de Dr. afil de Usen
c/ Necessidade de colocar Placa DCP 4,5 (6 furos).*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	29 AGO 2018	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-GENTE SEGURADORA S.A. Ribeirão das Neves - MG CEP: 37500-000 Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	52-CNS/CPF: 101218
	____/____/____	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(RONALDO ROCHA)

*Joana Lúcia Mendes - Clínica
Médica - HUT
SAME - HUT
CEPE COM O CORPO*



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

DATA 23/11/2018

NOME DO PACIENTE: Andreina T. L. da Roehan PRONTUÁRIO N°: 456503

DIAGNÓSTICO: Dr. Kira CIRURGIA:

ANESTESIA: DR. Kira N° DA SALA: 05

CIRURGIÃO: DR. Kira CPF N°:

AUXILIAR: DR. Kira CPF N°:

ANESTESIA: DR. Kira CPF N°:

INSTRUMENTADORA: Sorocino Oliveira CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI n° 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA N° 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 7.5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA 7	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ML	UNID.	03	
GASES 5/0	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N°	UNID.	—		86 trocos 29 AGO 2018	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	UNID.	QUANT.	PREÇO
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	—	—		GENTE SEGURAL JURA S. 2 Rua Coelho de Resende Centro-Norte CEP: 64000-000 Teresina-PI	UNID.	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	—	—			UNID.	02	
CAT. GUT. CROMADO C/AG	—	—			UNID.	—	
CAT. GUT. CROMADO S/AG	—	—			UNID.	—	
(ALCOFIL) Mononylon n° 3-0	unid	01			UNID.	—	
MONONYLON n° 2-0	unid	01			UNID.	—	
FITA UMBILICAL	—	—		ENFERMARIA:	UNID.	—	
VICRYL n° 1	unid	01		CIRCULANTE: <u>Edilane</u>	UNID.	—	
PROLENE	—	—			UNID.	—	



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Andreiina Thays Feijóso da Rocha

Diagnóstico pré-operatório

Fratura do úmero proximal ②

Operação - Tipo

Fractura Cirúrgica.

Cirurgião

Dr. Zenon G.

1º Assistente

2º Assistente

Dr. Hugo Félix

3º Assistente

Instrumentador(a)

Socorro Oliveira

Anestesista

Dr. Hiran Oliveira

Anestesia

Anestésico(a)

Oximetro de pulso

Data da Operação

03-11-2018

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

5/ Fraturas

Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Posicão em "codião de praia" sob bloqueio de braço braco
+ sedação ② Antissepsia + Assepsia + Colocação
de campo ③ Incisões Antero-lateral braço ④ - divididas
horizontalmente por planos ⑤ Redução Fratura do úmero ⑥ +
fixação c/ placas DCP 4,5 (6 furos) - profuso
⑦ Controle c/ exceção + revisão de Artéria
⑧ Sutura de Planos + curativo.

Yuri Hugo Félix
Cirurgião / Traumatologista
CRM-PI 2308

José Luís Melo Júnior
Médico - CRM-PI 47390
SOMENTE COM O ORIGINAL

PITAL : URGÊNCIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
TERRAS DE FERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ERESINA - HUT

TERESINA - HUT

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Andrade Thais F - Da Rech IDADE anos DATA 23/11/2018
 HORA DO ADMISSÃO 11 hs 00 min TIPO DE ANESTESIA() GERAL() RAQUE() BLOQUEIO() PERIDURAL() SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Ombro CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>129/72</u>		<u>118/58</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>89</u>		<u>87</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>98%</u>		<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>36.5</u>		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Andrade</u>		<u>Mel</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tem apnêa	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não responde	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>60</u>		<u>60</u>
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.	Klênia Freire Parentes ENFERMEIRA COREN-PI: 484025		Klênia Freire Parentes ENFERMEIRA COREN-PI: 484025

() SONDA VESICAL	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG() NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL
s	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

12h - Admitida na SRPA, em POC de frac. úmico. Consciente, orientada.
Expõe com IAP. HV pinc.

Klênia Freire Parentes
ENFERMEIRA
COREN-PI: 484025

13:30 alta, recuperada.

Klênia Freire Parentes
ENFERMEIRA
COREN-PI: 484025

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

RESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA
 Dr. Lauroino Raulino Filho
 Médico Anestesiologista
 HORARIO FMP: 474 CPF: 069.572.730-00
 MARCA: 47290
 SUSE - NUT
 CRONOGRAMA

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

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

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE			Nº DE REGISTRO		
DATA:	25/11/18	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ASMA BRONQUITE		
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OBERTÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS	
							TOTAL DE DOSES
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3						<i>Bayer 900 Dopex 100 Bido 100 Sofol 100 Towex 100</i>
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						<i>ETT TEE</i>
TEMPERATURA T	C° 38						<i>Operação de juntas</i>
P. ARTERIAL V O PULSO							<i>SEQUÊNCIA</i>
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						<i>1 Bayer 900 2 Dopex 100 3 Bido 100 4 Sofol 100 5 Towex 100</i>	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						<i>6 OZEN</i>	
RESPIRAÇÃO O						<i>7 Nidejol 100 8 Prol</i>	
SÍMBOLOS							DURAÇÃO 08:00 - 10:40
TÉCNICAS						INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES						<i>CD</i>	
CIRURGIÕES						<i>ADA</i>	
ANESTESISTAS						<i>Polifarmacologia</i>	
PARTICULARIDADES							CONDIÇÕES POS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS
MOD 76 - HUT							<i>Julia Luisa Mendes da Mota Mariana Gomes SAMU HUT É O ORIGINAL</i>
							<i>HUT</i>
							<i>DEPARTAMENTO DE REGISTROS</i>
							<i>VERGEM DIA VERIFICADO</i>
							<i>29 AGO 2018</i>
							<i>GENTE SEGURO S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</i>



LAUDO MÉDICO

Paciente:	ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA (Prontuário: 456503)		
Endereço:	QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000		
Nascimento:	30/05/2000	Idade: 18a5m23d	Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694910
Requisição:	894280	Solicitação: 22/11/2018	Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle:	1109027	Convênio: SUS	

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 22/11/2018

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido com finos ecos em suspensão. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: Integros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Útero gravídico, com embrião vivo e ativo, idade gestacional compatível com 8 semanas e 3 dias.
- Ovários não visualizados.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Vesícula biliar com conteúdo líquido com finos ecos em suspensão.
2. Útero gravídico, com embrião vivo e ativo, idade gestacional compatível com 8 semanas e 3 dias.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(LEANDRO

TERESINA - PI 22/11/2018

DANIEL AUGUSTO LIMA LEITE

CPF: 566.189.643-34 CRM 3389

Profissional Responsável



Juana Lucia Neder de Mesquita
Matrícula: 450
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA** (Prontuário: **456503**)
 Endereço: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000
 Nascimento: 30/05/2000 Idade: 18a5m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694910
 Requisição: 894281 Solicitação: 22/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1109028 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 22/11/2018

ANTEBRACO DIREITO

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

- Fratura alinhada no colo cirúrgico do úmero.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 27/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJOCPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável

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

Janaína Luiza Mendes de Mesquita
 Matrícula: 4100
 SAME - 11
 E-mail: janae@com.br

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA	(Prontuário: 456503)
Endereço:	QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000	
Nascimento:	30/05/2000	Idade: 18a5m28d
Requisição:	894281	Solicitação: 22/11/2018
Controle:	1109029	Convênio: SUS
		Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 22/11/2018

MAO DIREITA

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 27/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável



Vera Lucia Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47350
 S1M-HUT
 NUNCA COPIAR O ORIGINAL
 NUNCA COPIAR O ORIGINAL



LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA** (Prontuário: 456503)
Endereço: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 30/05/2000 Idade: 18a5m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694910
Requisição: 894282 Solicitação: 22/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1109030 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exam: 22/11/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA. Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
 - SEIOS COSTOFRÉNICOS LIVRES.
 - MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
 - CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
 - HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 27/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA** (Prontuário: 456503)

Endereço: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000

Nascimento: 30/05/2000 Idade: 18a5m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694910

Requisição: 894282 Solicitação: 22/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1109032 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 22/11/2018

BRACO DIREITO

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

- Fratura alinhada no colo cirúrgico do úmero direito.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 27/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Jeanne Luisa Mendes de Oliveira
Manoel Henrique
SAE - HUT
CONFERE COM O OBSERVATÓRIO



LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA** (Prontuário: 456503)
Endereço: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 30/05/2000 Idade: 18a5m23d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694910
Requisição: 894283 Solicitação: 22/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1109033 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exam: 22/11/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
 - AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
 - SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
 - CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
 - AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/11/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Professional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

Joana Luisa Neves de Mello
Manaus - AM 61013-000
SAE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



LAUDO MÉDICO

Paciente:	ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA (Prontuário: 456503)		
Endereço:	QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000		
Nascimento:	30/05/2000	Idade: 18a5m23d	Sexo: Feminino
Requisição:	894284	Solicitação: 22/11/2018	Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694910
Controle:	1109034	Convênio: SUS	Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 22/11/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICais BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS INTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAIS AMPLOS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/11/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Juan Latorre J. da Silva Juspita
 Matrícula: 47230
 SANE-HUT
 COPIA ORIGINAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
MESES/ANO	4.471.475
DATA DE EXPEDIÇÃO	20/09/16
DOC. ORIGEM	CERT. NASC.
CPC	L 1. F. 172
EXP LAJEADO - TO	23/06/00
079.993.443-70	
0974923	ASSINATURA DO DIRETOR
Andreina Thays Feitosa da Rocha	
30/05/2000	
DATA DE NASCIMENTO	
NASCIMENTO	
PARNÁIBA - PI	
NACIONALIDADE	
ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA	
ELIZABETE FEITOSA DA SILVA	
ROSEILSON PEREIRA DA ROCHA NONATO	
NOME	
FILIAÇÃO	
ENDERECO	
CEP	
CIDADE	
UF	
PAÍS	
DOC. ORIGEM	



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190505897 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA **Data do acidente:** 22/11/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO (PAG.01.04)
FRATURA DA EXTREMIDADE DO ÚMERO DIREITO (PAG.04)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO + PLACA E PARAFUSO)E ALTA (PAG.09)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50