

Controle de do x Audiências x Upload x Consulta proc x 0807688-72.20 x Combine arqu x Tribunal de Jus x Portal do Adv x

Não seguro | tjpj.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=489664&ca=ad6111b97b806a2a610dbb... | Apps | Processo Virtual Na... | Administrativos | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

PJE ProceComCiv 0807688-72.2020.8.18.0140
MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES X SEGURADORA LIDER DOS CON...

11298708 - CONTESTAÇÃO (2743181 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 13/08/2020 10:56:26

13 Aug 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11298704 - CONTESTAÇÃO
 - 11298708 - CONTESTAÇÃO (2743181 CONTESTACAO 01)
 - 11298710 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
 - 11298712 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11298713 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11298715 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

downloadBinario.seam 1 / 11

2743181- CS/ 2020-03000/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf prot+pq.pdf Exibir todos

PT 10:56 13/08/2020



Número: **0807688-72.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **19/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES (AUTOR)		ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11298 710	13/08/2020 10:56	PROC ADM	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190307352

Vítima: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

Data do Acidente: 23/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

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

Carta nº 14275362





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, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190307352

Vítima: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

Data do Acidente: 23/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES**

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

Banco: **104**

Agência: **000003389**

Conta: **000008805-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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:
	026.459.293-03	MAXIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
MAXIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES		026.459.293-03
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO	RUA GUARATINGUA	2379
Bairro:	Cidade:	Estado:
PARKUE COLOKADO	TEXEIRA	PIAUÍ
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	64083 045	86. 9446-7079

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

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3389 ☐ CONTA: 8805 ☐ 2 ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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 a gente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, TEXEIRA 06/05/2019
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Maxia do Socorro dos Santos Rodrigues
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

(*) 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 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





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



158 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001493/2019-81

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Assp. pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 23/04/2019 - 11:36

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA 09, Nº:

Complemento

Data/Hora

23/11/2018 - 13:45

Bairro

ITARARE

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2638187

Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS RODRIGUES

Endereço: AV. TOTO RIBEIRO, Nº 2379

Bairro: COLORADO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Colisão, Abaloamento ou Choque de veículo(s) sem vítima.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE RELATA QUE TRAFEGAVA NA MOTO HONDA/CG150 FAN ESI, ANO 2011, PLACA. DDU-1859-PIRENAVAM-346745578, DE PROPRIEDADE LUANA MARQUES DE BRITO MONTEIRO SOUSA, CPF:01467153303, RELATA QUE CONDUZIA A MOTO SUPRACITADA, QUANDO UM VEICULO NAO IDENTIFICADO, BATEU NA TRAZEIRA DA MOTO E A MESMA CAIU, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADA O HUT. PROTUARIO:494958. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELA NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat. 0091120
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Maria do Socorro dos Santos Rodrigues
MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETIVA DE SEGUROS
Recebido em: 06/05/19.





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:
	026.459.293-03	MAXIM DO SOUZA DOS SANTOS RODRIGUES
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
MAXIM DO SOUZA DOS SANTOS RODRIGUES		026.459.293-03
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO	RUA GUARATINGA	2379
Bairro:	Cidade:	Estado:
PARKUE COLOMADO	TEXEIRA	PIAUÍ
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	64083 045	86. 9446-7079

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

DADOS CADASTRAIS

RENTA 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3389 ☐ CONTA: 8805 ☐ 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ 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 alfabetizado: _____
Local e Data: TEXEIRA 06/05/2019
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____
Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) 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 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro		12 Município UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome			15 Sexo	
	16 Idade			17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vitima		20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
	23 Glasgow		24 Sinais Vitais	25 Local da lesão	
Exame Físico	26 Pulso		27 Escala de Dor de 0 a 10		
	28 Sangramento		29 Fratura		
Assistência	30 Procedimentos realizados		31 Glicemia		
	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		
Hospital de Destino	34 Óbito		35 Observações Interdisciplinares		
	36 Responsável pela recepção		37 Socorristas		

versão: 27.11.2011



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

ortopedico

Imp: 23/11/2018 14:35:53

(User: CLEBIANA)

(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES		Prontuário: 494958
Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS RODRIGUES	Pai: LIDIO DE SAMPAIO	
End.Resid.: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE MOREBE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 30/07/1987	Idade: 31a3m24d	Sexo: Feminino Fone:
Responsável: O MESMO	CNS: 702300133333211	
Profissão:	Documento: CPF: 026.459.293-03	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 695074	Data: 23/11/2018 14:28:55	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 Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO C CARRO HÁ + 40MIN.RELATO DE TRAUMA EM MSD C ESCORIAÇÕES,MID.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(SIC) FAZIA USO DE CAPACETE MAS SACOU-O.(SIC)			Profissional Clas. Risco: CLEBIANA MARQUES SOARES COREN PI 13885 Em: 23/11/2018 14:35:53

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente trazida pelo Samu, com sinais vitais estáveis, consciente, orientado, fôlego, apnéia, vômito recente. Queixando-se de dor no MMII D, insulínica patológica. AC. RR 21 BNF 15. AP 11A e RA

PA ____ X ____ mmHg Pulso: ____ FC: ____ bpm Temp.: ____

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RA Penet e Tomografia

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Se Internação, indique o Procedimento e CID

Procedimento

CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

Dr. Leonardo Lino

MÉDICO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/08/2020 10:56:24

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081310562313800000010704630

Número do documento: 20081310562313800000010704630

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:	21/05/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000008805-2

Nr. da Autenticação AAAFABAEB950DD29



**ÁGUAS DE
TERESINA**

CNPJ 27157474000106 - IE 195965574
Av. Odilon Araújo, 1035, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.38
2819015102282

MATRICULA 14128012-3
TATURA Nº 147896
MÊS/ANO 12/2019

NOME / ENDEREÇO
MORADOR MARIA DO S DOS S RODRIGUES
PROPRIETARIO: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES
RUA GUARATINGA PARA
COLORADO, 2379-COLORADO-TERESINA-PI-cep: 99999999

LOCALIZAÇÃO
009-00026-008610
GRUPO 009
NÚMERO DO HIDRÔMETRO A14F219793

HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS / ANO	TIPO	LIDO	RETURADO	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TABELA
2/2018	Medida	00	13	1 Residencial - Normal
1/2018	Medida	00	13	
0/2018	Medida	00	13	
12/2018	Medida	00	13	
11/2018	Medida	00	13	
10/2018	Medida	00	13	

DATA 3/12/2018
LITURA 368
CONSUMO MÊS M3 13
LIT. 12.741.0018
PIS PASEP 80x1,65x= 8,72
COTINOS

TABELA DE TABELAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R5/M3 E (N) 10 2.800 65 20 5.600 65 30 8.400 65 40 11.200 65 50 14.000 65	VALOR REFERENTE ÁGUA - 43,80 > Residencial-Normal 13,0 m3 43,80

RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R5/M3 E (N)
VENCIMENTO 27/01/2019
TOTAL A PAGAR 43,80

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

NOTIFICAÇÃO
Nossos arquivos acusam 10 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 6º, inciso V e nº 8.087/00, Art. 6º, §3º, inciso I.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLORÍMETRO	2707	2688	19	1,43	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2746	2658	88	6,40	Inferior a 15
PH	2752	2673	79	6,75	6,00-9,50
TURBIDÍMETRO	2705	2618	87	1,86	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	967	961	6	Ausente	Ausente
ESCHERICHIA COLI	967	967	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 15/01/2019 HORA DA EMISSÃO: 10:22

[Assinatura]
EDNA COUTINHO DE SOUZA
06/05/19





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, LUANA MARQUES DE BRITO MONTeiro SOUSA,

RG nº 2.397.574, data de expedição 06/06/16

Órgão SSP-PJ, portador do CPF nº 014.671.533-03,

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA CORRAL, nº 2235,

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

MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES, cujo o condutor era

A MESMA.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA 150 FANES Ano: 2011/2013

Placa: ODU - 1859 Chassi: 9CZKC1670BR636767

Data do Acidente: 23/11/2018

Local e Data: TERESINA PI 26 de março de 2019

Luana Marques de Brito Monteiro de Sousa

Assinatura do Declarante

Maria do Socorro dos Santos Rodrigues

Assinatura do Condutor

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



Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina
AVENIDA JOAQUIM NELSON, QUADRA 139, ITARARE - Nº 17, TERESINA - PIAUÍ
CONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA DO SOCORRO DO
SANTOS RODRIGUES EM TEST. DA VERDADE DOU FE TERESINA
03/2019 10:34:26

RILO DE MACEDO SANTOS - ESCRIVENTE

di R\$ 3.85 T. R\$ 0.77 MP. R\$ 0.10 Selo R\$ 0.26 Total R\$ 4.98



Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina
AVENIDA JOAQUIM NELSON, QUADRA 139, ITARARE - Nº 17, TERESINA - PIAUÍ
CONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LUANA MARQUES DE BRITO
COSTA EM TEST. DA VERDADE DOU FE TERESINA
03/2019 10:34:52

RILO DE MACEDO SANTOS - ESCRIVENTE

di R\$ 3.85 T. R\$ 0.77 MP. R\$ 0.10 Selo R\$ 0.26 Total R\$ 4.98



[Handwritten signature]
06/05/19





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 RRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro	12 Município UF	Código IBGE		
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome			15 Sexo	
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 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 15 - Exames complementares 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico				
Acidente de Transporte	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 9 - Ignorado	4 - Automóvel 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete ☐ Airbag Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐	
Exame Físico	23 Glasgow =		RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais
	4 - Espontânea 3 - A voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incomprensíveis 1 - Nenhuma	6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	Pulso _____ Resp. _____ PA _____ TAX. _____ SatO2 _____
Assistência	26 Pupilas		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10		25 Local da lesão
	1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
Hospital de Destino	28 Sangramento		30 Fratura		32 Hospital de Destino
	1 - Sim 2 - Não		1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		33 Condições de entrada		34 Óbito
	1 - Sim 2 - Não 32 Hospital de Destino		1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		
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					
Observações Interdisciplinar 1 - Acidente vítima de colisão carro + moto com fratura fechada da tíbia. Paciente consciente e orientada via pública.					
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Enfermeiro	
		AE/TE		Condutor	

versão: 27.11.2011





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

ortopedico

Imp: 23/11/2018 14:35:53

(User: CLEBIANA)

(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES		Prontuário: 494958
Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS RODRIGUES	Pai: LIDIO DE SAMPAIO	
End.Resid.: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE MOREBE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 30/07/1987	Idade: 31a3m24d	Sexo: Feminino Fone:
Responsável: O MESMO	CNS: 702300133333211	
Profissão:	Documento: CPF: 026.459.293-03	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 695074	Data: 23/11/2018 14:28:55	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 Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO C CARRO HÁ + 40MIN.RELATO DE TRAUMA EM MSD C ESCORIAÇÕES,MID.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(SIC) FAZIA USO DE CAPACETE MAS SACOU-O.(SIC)		Profissional Clas. Risco: CLEBIANA MARQUES SOARES AIRES COREN PI 13885 Em: 23/11/2018 14:35:53	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente trazida pelo socorro, com sinais vitais estáveis, consciente, orientado, fôlego, apnéia, não reperfusão. Queixando-se de dor no MMII D, insulínica por trauma. AC. RR 21 BNF 15. AP 114 mmHg

PA ____ X ____ mmHg Pulso: ____ FC: ____ bpm Temp.: ____

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RA Perna e Tornozelo D

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

Se Internação, indique o Procedimento e CID

Procedimento CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

Dr. Leonardo Lino
MÉDICO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/08/2020 10:56:24

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081310562313800000010704630

Número do documento: 20081310562313800000010704630

**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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 23/11/2018 14:36:12

(CLEBIANA)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES		Prontuário: 494958
Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS RODRIGUES		Pai: LIDIO DE SAMPAIO
End.Resid.: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 30/07/1987	Idade: 31a3m24d	Sexo: Feminino Fone:
Responsável: O MESMO		CNS: 702300133333211
Profissão:		Documento: CPF: 026.459.293-03
Q. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 695074	Data: 23/11/2018 14:28:55	Clas. Cor: Amarelo
Objetivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 23/11/18 17:20	ESPECIALISTA: <i>Othoneide</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>Paciente com fratura de fêmur fechada, mas com vênulas expostas. m. Tto único como fratura exposta</i>	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__	
<i>[Assinatura]</i> <i>06/05/18</i>	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
<i>[Assinatura]</i> <i>CONFERE COM O ORIGINAL</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__	
<i>[Assinatura]</i>	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	





FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Marcelo Soares dos S. Rodrigues Sala: 01 Alergia: Não Data:
Procedimento: Prótese Extremidade Tórax D Cirurgião: Raul Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1. <u>Propofol</u>	<u>mg</u>												
2. <u>Midazolam</u>	<u>mg</u>												
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													
9.													
10.													
11.													
12.													
13.													
Oxigênio	<u>2l</u>												
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico 20G BE
Cat. Venoso nº G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☒ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Decúbito:

SPO2 (%)	<u>99 99 99 99 99</u>
ETCO2 (mmHg)	<u>+ 2</u>
Aces. Venoso	<u>500 500</u>
Aces. Venoso	
Diurese	
Perdas Sanguíneas	

Descrição da Anestesia:

(Comumuse 10mg) + prazosin 1mg/kg + Ureolite 150 (muse) + heparina paulista e
drogas 1 - bloqueio subaracnoideal com bupivacaína 0,5% 4-6ml
mediana agulha Greiner 46G, 20cm LCR 2/14, injetor bupivacaína
hipoclorado 1mg + morfina 100mg 2 - Cefazolin 2g
clonitazina 2g, dexmedetomidina 10mg, propofol 10mg

Anestesiologista



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 152792	
	AIH: 2218101854177	

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 MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES	NASCIMENTO 30/07/1987	SEXO F	PRONTUÁRIO 494958
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE MARIA JOSE DOS SANTOS RODRIGUES	RESPONSÁVEL O MESMO	
CEP 64000010	ENDEREÇO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE 2339	
BAIRRO MONTE HOREBE	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRURGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) RAUL RUBEN DE MACEDO NETO CPF: 00479824380
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 23/11/2018
DATA ADMISSÃO 23/11/2018 14:28	DATA ALTA 24/11/2018 10:10
MOTIVO ALTA MELHORADO	CRM:

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) TANIA MOREIRA AREA LEAO CPF: 47961359315	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA JOSÉ SIMÃO LINO DIAS DE SOUZA CPF: 047457
CRM:	DATA ANÁLISE: 23/11/2018 21:56:34

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Maria do Socorro dos Santos*

Diagnóstico pré-operatório *Fig. exploratória T3is (C)*

Operação - Tipo *Inc. fixador externo.*

Cirurgião *Dr. Raul*

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Dr. Laerte

Anestesia

Raque

Anestésico(a)

Data da Operação

23/11/18

Início

20:10

Fim

21:00

X Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1- ins*
- 2- ins / ins*
- 3- ins / ins / ins / ins*
- 4- RA FE (ins)*
- 5- ins*
- 6- ins*

NOTA: Este documento é válido apenas para fins de controle de qualidade e não substitui o original.
CONFERE COM O ORIGINAL

Mod. 76 HUT





PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda
ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458
CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí
C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

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

PACIENTE - Nome: Maria do Socorro dos Santos Rodrigues
Nº AIH: 227605
Nº do Prontuário: 494958 **Data da Internação:** 23/11/18
Procedimento Médico Realizado: _____
Indicador de Compatibilidade: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: _____
CRM Nº _____ **CPF Nº** _____

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 23/11/18 **DATA DA ALTA:** ____/____/____

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)

 **IMPOL** INSTRUMENTAL E IMPLANTI
Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Duque de Caxias - SP

PINO E FIO RÍGIDOS NÃO ABSORVÍVEIS* *
PINO DE SCHANZ
PINO DE SCHANZ Ø 5,0 X 180 MM - ROSCA 50 MM
TAM: Ø5,0 X 180MM
MATERIAL ASTM F138

REGISTRO ANVISA: 10108770114
RESP. TÉCN. Roberto L. Paula - CREA 5060831183
CLASSE: III QTD: 8
REF.: 0920-005-180 LOTE: 0162/0818


* 0 0 0 8 3 0 5 *

produto de uso único, proibido
reprocessar; destruir após o uso

 **IMPOL** INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA
Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Duque de Caxias - SP

FIXADORES EXTERNOS
FIXADORES LINEAR ESTÉRIL - IMPOL
FIXADOR LINEAR ROFA II
TAM: 350MM X 200MM
MATERIAL ASTM F899, NBR 206

REGISTRO ANVISA: 10108770128
RESP. TÉCN. Roberto L. Paula - CREA 5060831183
CLASSE: I QTD: 1
REF.: 0933-001-350 LOTE: 0223/0918


* 0 0 0 9 1 4 6 *

produto de uso único, proibido
reprocessar; destruir após o uso



STERILE R

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

____ de ____ de ____
Nome do Hospital: _____
C.N.P.J: _____
Assinatura: _____
Cargo: _____
Nome: _____



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 23 / 11 / 18

NOME DO PACIENTE Marina de Saes dos S. Rodrigues PRONTUÁRIO Nº: 494958

DIAGNÓSTICO:

CIRURGIA:

ANESTESIA:

Nº DA SALA:

CIRURGIÃO:

CPF Nº:

AUXILIAR:

CPF Nº:

ANESTESIA:

CPF Nº:

INSTRUMENTADORA:

CPF Nº:

*** MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI N.º 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 8,5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7,0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			Atadura de crepe	-	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2	-	01		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Flávia</u>			
VICRYL							
OLENE							



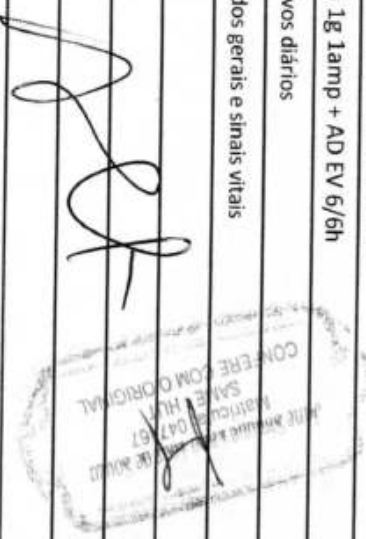


JUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
E TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

extra 5

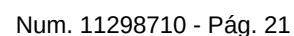
NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP. LETO		MÉDICO ASSISTENTE
MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRI		494958	31	ORTOPEDIA	CORREDOR 5		
DATA/HORA A CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DI:	Fratura da diáfise da tíbia						
24/11/18							
1	Dieta oral livre						
2	Ijelco salinizado						
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
4	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN						
5	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
6	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N						
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
8	Curativos diários						
9	Cuidados gerais e sinais vitais						
10							
							
Dr. Vitor Augusto Fátima / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia							
CRM 3415-TCOT/110029 / CRM 2308 / CRM 3766-TCOT/11005 / CRM 3307							



PREScrição Médica

Plus

CONFERE COM O ORIGINAL



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Marta do Socorro dos Santos Rodrigues IDADE 31 anos DATA 23/11 /2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 21 hs 00 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL (X) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fix. Ext. Int. Gp. Tibia D? CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>106 X 56</u>	<u>110 X 66</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>75</u>	<u>67</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>99 %</u>	<u>99 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>RONNA</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR						
Movimenta os quatro membros	2	2	☐	2	☐	2 ☒
Movimenta dois membros	1	1	☒	1	☐	1 ☐
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	☐	0	☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO						
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	☒	2	☐	2 ☒
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	☐	1	☐	1 ☐
Tem apnéia	0	0	☐	0	☐	0 ☐
COAGULAÇÃO						
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	☒	2	☐	2 ☒
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	☐	1	☐	1 ☐
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	☐	0	☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA						
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	☒	2	☐	2 ☒
Desperta, se solicitado	1	1	☐	1	☐	1 ☐
Não responde	0	0	☐	0	☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂						
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	☒	2	☐	2 ☒
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	☐	1	☐	1 ☐
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90% mesmo com suplemento de O ₂	0	0	☐	0	☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>09</u>		<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	<u>09</u>		<u>10</u>

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

21h: Admissão q 31a em 207 de fixação e
leitos do tórax com exposição do tórax direito
sob anestesia, com fralda exte-
no. Wc

113.725



RAIO X REALIZADO
 DATA 23/11/18
 Técnico: 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Dr. Italo Hipólito B.T. Silva
 Médico Anestesiologista
 CRM 5053 / RQE 2968
 Gerente Médico Centro Cirúrgico HUT
 ANESTESIOLOGISTA

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Edna do Socorro Nepomuceno							
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE			
Fnt - TUBA (D) FEMUR TENDINE II							
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES			
DATA: _____ HORA: _____							
Dete pro 1 uny							
5657. Seouer							
Keflin 1g 6/6h							
Alprazolam 2cc 6/6h							
Tratar 100g + 100ml 500 8/8h							
Acetaminofen 1g 6/6h							
Ceb + Ssa							

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES** (Prontuário:
Endereço: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/07/1987 Idade: 31a5m10d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 695074
Requisição: 894654 Solicitação: 23/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1109476 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 23/11/2018

TORNOZELO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/08/2020 10:56:24

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081310562313800000010704630>

Número do documento: 20081310562313800000010704630

Num. 11298710 - Pág. 24



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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES** (Prontuário:
Endereço: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/07/1987 Idade: 31a5m10d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 695074
Requisição: 894654 Solicitação: 23/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1109475 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 23/11/2018

PERNA DIREITA

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

- Fraturas completas recentes desalinhadas na diáfise da tíbia e fíbula.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





FisioWand

MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

LAUDO CINESIOLOGICO FUNCIONAL

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO EM 23/11/2018
COM DIAGNOSTICO DE FRACTURA NA PERNA DIREITA,
ESPECIFICAMENTE NA DIAFISE DA TIBIA E FIBULA.
FEZ USO DE FIXADORES EXTERNOS, ASSOCIADO A
TRATAMENTO CONSERVADOR E FISIOTERAPEUTICO,
O MESMO APRESENTA, DIMINUIÇÃO DA PENSIÃO DE
OSSEA E DEBILIDADE FUNCIONAL COM SEQUELAS
DE 90% NOS SEGMENTOS FRACTURADOS, ASSOCIADO
A CLAUDICAÇÃO E QUADRO DE FORTES DORES.

CID 10 - S82.2, S82.4

Wend Jorge da Silva Rodrigues
Fisioterapeuta
CREFITO 161067-F

29/03/2019

FisioWand - Fisioterapia E Acompanhamento Ocupacional.
Endereço: Quadra 8, Lote 1, casa B. Tel. 0**86 9 9814 9002
Promorar, Teresina - Piauí





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES** (Prontuário:
Endereço: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/07/1987 Idade: 31a5m10d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 695074
Requisição: 894654 Solicitação: 23/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1109475 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 23/11/2018

PERNA DIREITA

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

- Fraturas completas recentes desalinhadas na diáfise da tibia e fíbula.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Patricia
Patricia Viana Sales Leão
Matricula: 027499
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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES** (Prontuário:
Endereço: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/07/1987 Idade: 31a6m13d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 227605
Requisição: 894760 Solicitação: 23/11/2018 Solicitante: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO
Controle: 1109613 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 239 LEITO 264

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 23/11/2018

PERNA DIREITA

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

- Fraturas transversas completas recentes alinhadas na diáfise distal dos ossos da perna com presença de fixador externo na tibia.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 12/02/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

Patricia Viana Sales Leão
Matricula: 027499
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: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES** (Prontuário:
 Endereço: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 30/07/1987 Idade: 31a6m13d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 227605
 Requisição: 894760 Solicitação: 23/11/2018 Solicitante: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO
 Controle: 1109613 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 239 LEITO 264

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 23/11/2018

PERNA DIREITA

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

- Fraturas transversas completas recentes alinhadas na diáfise distal dos ossos da perna com presença de fixador externo na tibia.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 12/02/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190307352 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES **Data do acidente:** 23/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TÍBIA:OSTEOSSÍNTESE). P6

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190307352 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES **Data do acidente:** 23/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TÍBIA:OSTEOSSÍNTESE). P6

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0150572/19

Vítima: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

CPF: 026.459.293-03

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/11/2018

Titular do CPF: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES : 026.459.293-03

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: 06/05/2019
Nome: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES
CPF: 026.459.293-03

MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/05/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

