

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de do..., Mensagens, Sistema SAJ, Acesso 1º Grau, Consulta proci..., 0815819-36.20..., (33) WhatsApp, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=534477&ca=c5c06aa93a658a6007beea7a749f8f6...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., sAdministrativos, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: **PJE** ProceComCiv 0815819-36.2020.8.18.0140
TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCI...

Page Title: 12134929 - CONTESTAÇÃO (2753331 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 25/09/2020 10:34:53

Left Sidebar (25 Sep 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 12134640 - CONTESTAÇÃO
 - 12134929 - CONTESTAÇÃO (2753331 CONTESTACAO 01)
 - 12134933 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12134941 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12135206 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12135210 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main Content Area:

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08158193620208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DVAT em caso de invalidez parcial de..."

Page Footer: 21 de 19, PT, 10:35, 25/09/2020



25/09/2020

Número: **0815819-36.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **19/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA (AUTOR)		IGOR DE LIMA CABRAL (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12134933	25/09/2020 10:34	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180296456

Vítima: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 09/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180296456**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01235/01236 - carta_03 - INVALIDEZ



00070618

Carta nº 13034313



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

Sinistro: 3180296456

Vítima: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 09/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180296456** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01463/01464 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13079064



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Carta nº: 13148577

A/C: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180296456
Vitima: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA
Data do Acidente: 09/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 000000091796-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01149/01150 - carta_15R - INVALIDEZ

00030575



Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180296456

Vítima: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 09/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180296456**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00937/00938 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13362768



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180296456

Vítima: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 09/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180296456**.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00621/00622 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 13463440





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

034.352.493-74

Terezinha de Jesus Soares da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Terezinha de Jesus Soares da Silva	034.352.493-74	meuse
Endereço	Número	Complemento
Ramada Domíngos Mauro maysme	6267 "B"	
Bairro	Cidade	Estado
maurese	Teresina	Piauí
E-mail	CEP	Telefone (DDD)
	64004-770	(86) 9457-4828

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (343)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

0989

DV

CONTA

013000000001746-9

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

DV

CONTA

NRO

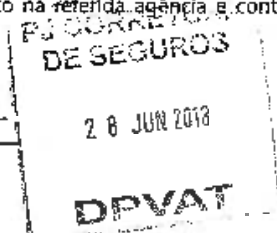
DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Terezinha 13 de junho de 2018
Local e Data



Terezinha de Jesus Soares da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE-001 V005/2017



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180296456
Nome do(a) Examinado(a): Teresinha de Jesus Soares da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Alameda Domingos Afonso Mafrense, 6267
Mafrense Teresina PI CEP: 64004-770
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 2726654
Data local do acidente: [09/07/2017]
Data local do exame: [17/07/2018] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA TIBIA PROXIMAL DIREITA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: OSTEOSINTESE COM IMOBILIZADOR EXTERNO
Complicações: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO E TORNOZELO DIREITO(MEMBRO INFERIOR DIREITO)
Data da Alta: 09/09/2017
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
PACIENTE EVOLUI COM DOR EM JOELHO DIREITO AO DEAMBULAR, COM CREPITAÇÃO AOS MOVIMENTOS, COM INSTABILIDADE, DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO, APRESENTANDO EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE DEAMBULAR SEM MULETAS OU CADEIRA DE RODAS, APRESENTANDO LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO EM 20 GRAU DO JOELHO DIREITO
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM DOR EM JOELHO DIREITO AO DEAMBULAR, COM CREPITAÇÃO AOS MOVIMENTOS, COM INSTABILIDADE, DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO, APRESENTANDO EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE DEAMBULAR SEM MULETAS OU CADEIRA DE RODAS, APRESENTANDO LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO EM 20 GRAU DO JOELHO DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001906/2018-47

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

Data/Hora: 12/06/2018 - 11:26

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA TEODORO C. BRANCO, Nº:

Complemento

Data/Hora

09/07/2017 - 02:00

Bairro

MAFRENSE

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

RG: 2720654 SSP PI

Mãe: MARIA DE FATIMA SOARES DA SILVA

Endereço: RUA DES. FLAVIO FURTADO, Nº 870

Bairro: POTI VELHO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A PISTA, QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA. FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA O HUT. (PRONT. 69390). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Teresinha de Jesus Soares da Silva

CPF da Vítima

034352493.74

Data do Acidente

09.07.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

(86) 9457 4824

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Teresinha 13 de junho de 2018

Local e Data

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

28 JUN 2018

DPVAT

Teresinha de Jesus Soares da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL001 V001/2017





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 1332	02 Data do chamado 05/07/19	03 PRO (código) ENXU	04 Saída do PA	05 Chegada ao local 02:43
	06 Saída do local 03:11	07 Chegada ao 1º hospital 03:06	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço A Teodoro C. Branco 101	11 Bairro Mossoró	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Horizonte				
Dados do Paciente	14 Nome Terezinha de Jesus Soares da Silva	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	16 Idade 36 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 8 - Ignorado Se idade ignorada, preencha com 999		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica Sim 2 - Não 9 - Ignorado	18 Tipo da ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado			
Tipo de Ocorrência	19 Vitima 20 Meio de locomoção 21 Outra parte envolvida 22 Equipamentos de segurança				
	23 Glasgow = 15 RESPOSTA VERBAL RESPOSTA MOTORA 24 Sinais Vitais 25 Local da lesão				
Acidente de Transporte	26 Pupilas 27 Pulso 28 Sangramento 29 Dor 30 Fratura 31 Procedimentos realizados				
	32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada 34 Óbito				
Exame Físico	35 Observações Interdisciplinares				
	Assinaturas				

lão: 27.11.2011



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: 19/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000091796-9

Nr. da Autenticação 9EF81F55AEBD6932





Para consultar com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0067305-6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 08-1
Registra-se a prestação de serviço autorizada pela SEBRAZ/PA/06

Nº da Nota Fiscal 000719376

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\$)
DEZEMBRO/2017	26/12/2017	283	263,23

MARIA DO ESPIRITO SANTO MEDEIROS E SILVA SOUSA
R. JEAN LE LONNES 1185 MAFRENSE
CPF: 00035164093391
CEP: 00.000-064 - TERESINA

ROT: 12.001.35.53.143420

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	2889	Atual:	18/12/2017
Anterior:	2606	Anterior:	17/11/2017
Coeficiente de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	18/01/2018
Consumo Medido:	283	Emissão:	18/12/2017
Consumo Previsto:	283	Apresentação:	18/12/2017

Plano de Tarificação: 1.000000 - Código de Integridade: 000000000000 - Tipo de Consumo: 1.0

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Tipologia	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	4316312		1.1.1.1	156

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
NOV/17	160	CONSUMO	283 A R\$ 0,845143 = 238,60
OUT/17	186	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	20,12
SET/17	169	CORRECAO MONETARIA IG 10/17-00	0,57
AGO/17	158	MULTA POR ATRASO 10/17-00	2,72
JUL/17	159	JUROS DE MORA DE IMPO 10/17-00	1,22
JUN/17	152	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 10,84	
MAY/17	132		
ABR/17	114		
MAR/17	132		
FEV/17	175		

TARIFA DE TRIBUTOS:
R\$ 293 - 0,592477

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mês/ano	Valor R\$	Descrição
11/2017	141,31	CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - 11/2017 - 141,31

LIGUE 0800 066 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 3 10 15 20 25
Esta fatura poderá ser parcelada conforme Artigo 113, parágrafo
primeiro da Resolução ANEEL 414/2010.

RESERVADO AO FISCO 83DE.9F66.2E28.F8F1.88D4.54A5.3F5A.7DD8

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	47,85	Base de Cálculo:	238,60
Energia:	91,01	Alíquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	14,31	Valor do ICMS:	59,65
Encargos:	14,50	Valor do PIS:	2,00
Tributos:	70,93	Valor do COFINS:	9,28

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			DMIC	DICRI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Limite	4,95	9,91	19,82	3,17	6,35	12,70	2,77		
Realizado	0,00			0,00			0,00		
Conjunto	TERRESTRE-MARQUES					Periodo de apuração	10/2017	US\$:	R\$ 40

Conjunta: TERESINA - MARQUES Período de operação: 10/2017 USD: 01,40

ROT: 12.001.35.53.143420



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

SEU CÓDIGO

0067305-6

TOTAL A PAGAR - R\$

263,23

MÊS FATURADO

12/2017

VENCIMENTO

26/12/2017

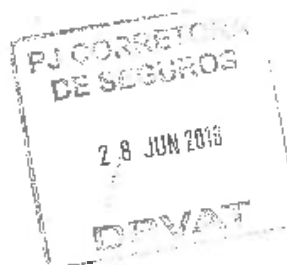
Nº da Nota Fiscal

000719376 FCAM

836000000002 3 63230017000 8 000000000067 9 30561217000 7



SEQ.: 00333 UC: 0067305-6 DT. LEIT.: 18/12/2017 T. ENTR.: 01
LEITURA: 2889 NORMAL TOTAL: 263,23 CARGA: 007



193

DADOS DO CLIENTE

MORADOR: LUIS DOS SANTOS SILVA
 RUA ALAMEDA DOMINGOS AFONSO MAFRENSE, 6267B-B-MAFRENSE-
 TERESINA-PI-cep:64004770

MATRÍCULA: 13575449-6

GRUPO: 6

LOCALIZAÇÃO: 006-00046-000140

HIDRÔMETRO: A14F261844

ECONOMIAS / CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial Normal

HISTÓRICO DE CONSUMO

Referência	Tipo	Leitura	Lido	Faturado	Data
09/2017	Mínimo	130	6	10	
10/2017	Mínimo	134	4	10	
11/2017	Mínimo	141	7	10	
12/2017	Lido	163	22	22	
01/2018	Mínimo	164	1	10	
02/2018 (Anterior)	Lido	175	11	11	08/02/2018
03/2018 (Atual)	Lido	187	12	12	12/03/2018

Dias de Consumo: 32

Média Consumo Diário (m³): 0,2500

Média Consumo Mensal (m³): 8

FATURAS PENDENTES

Referência	Vencimento	Valor (R\$)
02/2018	26/02/2018	32,47
12/2017	26/12/2017	87,41
08/2017	23/08/2017	26,03

DESCRIÇÃO DOS ITENS FATURADOS

	Valor (R\$)
VALOR REFERENTE AGUA - 36,39	
> Residencial Normal	12m³ 36,39
JUROS POR ATRASO	01/2018 0,26
MULTA POR ATRASO	01/2018 0,53



Demais Lançamentos

0,00

TOTAL A PAGAR

37,18

MENSAGEM

Conforme Art. 2º da Lei 12.741 de 08/12/2012, informamos que sobre o valor da fatura incide os seguinte tributos: PIS e COFINS.

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 3 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

LEI 12.741/2012

PIS/PASEP = $37,18 \times 1,85\% = 0,61$
 COFINS = $37,18 \times 7,60\% = 2,82$

*** NOTIFICAÇÃO ***

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/85, Art.6, §3, inciso II.

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIAS MÊS	VALOR PERMITIDO
Cor Livre	3.623	3.458	164	1,12	0,25-5,00 mg/L
Cor Aparente	2.823	2.534	389	7,03	Inferior a 15,00
pH	3.533	3.233	406	6,45	5,00-9,50
Alcalinidade	3.614	3.051	563	2,88	Inferior a 5,00
Temperatura	574	554	20	Ausência	Ausente

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIAS MÊS	VALOR PERMITIDO
Escherichia Coli	574	574	0	Ausência	Ausente

O pagamento desta fatura após o vencimento implicará em aplicação de multas e juros que serão cobrados na próxima fatura.

guas de Teresina

FATURA DO MÊS

FATURA: 03/2018 Nº 150735892
 NOME: LUIS DOS SANTOS SILVA
 MATRÍCULA: 13575449-6

VENCIMENTO: 26/03/2018

VALOR (R\$): 37,18

AUTENTICAÇÃO NO VERSO



2018 150735892-01-0001-04 9



para

prontuário



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 69350

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4877
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Núcleo de
Ortopedia
Cia. Geral

Data: 09/07/2017 03:08:42

Nome: MARCOS FURTADO
Paciente: ADONIS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA	Prontuário:	69390
Mãe:	MARIA DE FATIMA SOARES DA SILVA	Pai:	IGNORADO
End. Resid.:	AVENIDA BOA ESPERANÇA 170 - POTY VELHO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	12/12/1983	Idade:	33a:7m:27d
Sexo:	Feminino	Fone:	86- 8821-2418
Responsável:	MARIA DE FATIMA SOARES DA SILVA	CNS:	703303225755210
Profissão:	DOLAR	Documento:	RG: 2703631 - SF
G. Instrução:	Fundamental Completo	E. Civil:	Solteira
End. Local:			

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPLETORIZADA
EXAME: CÂNIAS
DATA: 09/07/2017

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	615233	Data:	09/07/2017 03:08:42	Condução:	VEICULO	Convênio:	S J S
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)						
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não	CID Secundário:	V099

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Dor moderada	CIRURGIA GERAL	Amarelo
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
Pedestre foi atropelada por moto. Relata cefaleia e tontura. Apresenta tremores nos braços e desorientação. hematoma na região do fêmur e sangramento na perna l.	MARCOS ANTONIO DE ARAUJO CREF: 111078 E 09/07/2017 03:42:17		

Mãe relata problemas mentais.

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente sofreu acidente motorcístico no trânsito. Hora, omitiu, desmaiou, estava com capacete. A: Pál. Aérea pérvia; B: auscultas pulmonares normais; C: nível hemodinâmico normal; abdômen flácido; D: glóbulos cheios; E: Apresenta escoriações, fratura em MTD. Pulso betido alacástico e faz uso de diáspora. Pulso periférico presente.

PA 140 x 100 mmHg Pulso: ____ bpm FC: 133 bpm Temp: ____

Diagnóstico inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito US de Abdômen Total; Raio-X de Tórax; Raio-X de Bacia; Solicito XC de Crânio

28 JUN 2018

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

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

Procedimento: ____ CID: ____

Assinatura de Teresinha

Tiago Macêdo
MÉDICO
CRM-PI: 6683

Assinatura: ____



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:34:52

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510345188700000011482381

Número do documento: 20092510345188700000011482381



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
João Soares de Lima	69370	Ortopédica	036	130	120
DATA/HORA CÓDIGO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	
09	* por 4 dias			can fardo	
09	Visto Nutricionista Adriana Kalia CRN/PI 6320				
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO		22		
2	SF 0,9% 1000 ML EV 14 GTS/MIN		22		
3	RANITIDINA 50 - 1 AMP + AD EV 12/12H		22		
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H		22		
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H		22		
6	STILATIL 20 - 1 AMP + AD EV 12/12H		22		
7	CURATIVO		22		
8	GCGG + SSVV		22		
① Paracetamol 2g no 12h				10:20 - Soltado em 10:20 de prazos interna de 12h de 12h D. comunit, quibus de, apitais pro modo vitium de etopelomus por mto com fardo de subuções no momento do 12h 12h nível de 12h 12h de 12h - máxim, apresentando delirio fardo, cativa do 12h 12h que 12h 12h 12h 12h CONEN 08376	



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Jesús de Jesus S. S.		
Diagnóstico pré-operatório	ferida de mão direita		
Operação - Tipo	podóme e cur		
Cirurgião	Dr. João Nunes Leal Ortopedia - Traumatologia CRM 195571/RS - RCP 35594	1º Assistente	Dr. Ricardo Valença Ortopedia - Traumatologia CRM 195571/RS - RCP 11705
2º Assistente	Anestesista	3º Assistente	Anestesia
Instrumentador(a)			
Anestésico(a)			
Data da Operação	10/07/17	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Podóme e cur
então com cur
cur e cur
de ferida e cur
e cur



Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

238

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 18/07/2017

NOME DO PACIENTE: <u>Teresinha de Jesus S. da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>69390</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Dr. Ricardo Valente</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Dr. Sam</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Ricardo Valente</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Ricardo Valente</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Diquimbu</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML			PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			Cupom	unid	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>ludis</u>			
PROLENE							

MOD - 094





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNEC: 05.522.917/8022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA** (Prontuário: 69390)
Endereço: AVENIDA BOA ESPERANÇA 170 - POTY VELHO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 12/12/1983 Idade: 33a:7m:27d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 615233
Requisição: 756500 Solicitação: 09/07/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 94DB17 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 09/07/2017

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, apresentando leve aumento difuso da ecogenicidade parenquimatosa.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, contendo imagens de cálculos em seu interior, medindo até 0,8 cm.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- 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.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Esteatose hepática difusa leve.
2. Colelitíase.

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

(DANIEL AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/07/2017

DANIEL AUGUSTO LIMA LEITE

CPF: 566.189.643-34 CRM 3389

Profissional 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: *Wesley de Jesus Costa de F.O.*

Diagnóstico pré-operatório: *Yung - Yenta Yenta*

Operação - Tipo: *Prostatactomia*

Cirurgião: *Dr. Ricardo Valente*

2º Assistente: *Orbital - Traumatologia*

Instrumentador(a): *Anestesiologista*

Anestésico(a): *Anestesia*

Data da Operação: *09/07/14*

Diagnóstico Pós-operatório: *Início*

Fim

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Dr. Ricardo Valente
Orbital - Traumatologia
CRM - 123456

Mod. 76 HUT



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

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09 / 07 / 04

NOME DO PACIENTE: <u>Terezinha de Jesus S.</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>69390</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Obst. de MVD</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Rapin</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Ricardo Valença</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Caro</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Valéria</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	-	-	LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	<u>01</u>	-
AGULHA 30X8	UNID.	<u>01</u>	-	LUVA Nº <u>8.5</u>	PAR	<u>01</u>	-
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>	-	LUVA Nº <u>6.5</u>	PAR	<u>02</u>	-
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>	-	LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>20</u>	-
ALCOOL 70%	ML	<u>200</u>	-	PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	-
ALGODÃO	BOLA	-	-	PVPI TÓPICO	ML	<u>200</u>	-
ÁGUA OXIGENADA	ML	-	-	PVPI TINTURA	ML	-	-
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>	-	SERINGA 20CC	UNID.	-	-
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-	-	SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	-
ESPARADRAPO	CM	<u>60</u>	-	SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	-
SCALPE Nº	UNID.	-	-	SERINGA 3CC	UNID.	-	-
FORMOL	ML	-	-	SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>02</u>	-
GASES	PAC.	<u>05</u>	-	SONDA URETRAL	UNID.	-	-
JELCO Nº	UNID.	-	-	<u>retirados 05 unid</u>			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>atada 11 unid.</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2-0</u>	<u>01</u>						
PITA UMBILICAL							
VICRYL				ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE:			

MOD - 094



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE <i>Terezinha de Jesus S. de Silva</i>				PESO	ALTURA
DATA: <i>09/07/17</i>	P. ARTERIAL <i>130x50</i>	PULSO <i>120</i>	RESPIRAÇÃO <i>19</i>	TEMPERATURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>Pct dom sinais de liberação alveolar</i>				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ASMA	BRONQUITE
SISTEMA RESPIRATÓRIO				SISTEMA URINÁRIO	
SISTEMA DIGESTIVO				CORTICOIDES	ATARAXICOS
ESTADO MENTAL				OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura exposta de tíbia</i>				FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS
				TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3				
LÍQUIDOS	SO-LITO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100				
TEMPERATURA T	Cº	260 240 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10			
P. ARTERIAL V O PULSO	38				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					
RESPIRAÇÃO O					
SÍMBOLOS		DURAÇÃO			
TÉCNICAS <i>Raquei</i>		INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES <i>nat. de fratura exposta de tíbia</i>					
CIRURGIÕES <i>Picardo</i>					
ANESTESISTAS <i>Cao</i>					
PARTICULARIDADES		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			

MOD 76 - HUT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:34:52

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510345188700000011482381

Número do documento: 20092510345188700000011482381

Num. 12134933 - Pág. 22



NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

LAUDO MÉDICO

FU CORRETORA
DE SEGUROS

28 JUN 2018

DPVAT

Atesto que paciente **TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA** apresenta patologia classificada pelo CID-10: S822/ M842/ M245/ M191, caracterizando múltiplas fraturas pós-acidente, tendo sido operada, apresenta limitação funcional e impotência de joelho direito de 90%.

THE, 25/06/2018

Dr. Glauson Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2775 / RCD 10604

Clínica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurologia
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330
Fone/Fax: (86) 3221-6174 / 3131-6666 • www.neoclinica.net.br





NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

PJ CORRETOR
DE SEGUROS

10 SET 2018

DPVAT

LAUDO MÉDICO

Atesto que **PACIENTE**
TERESINHA DE JESUS SOARES
DA SILVA apresenta patologia
classificada pelo CID-10: S822/
M625/ M245/ M191, tendo sido
operada, caracterizando limitação
funcional em perna direita de 80%.

THE, 04/09/2018

[Assinatura]
Dr. Glauco Nascimento
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI 2775 / RBO 10604

Clinica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurologia
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330
Fone/Fax: (86) 3221-6174 / 3131-6666 • www.neoclinica.net.br





NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

**CORRETORA
DE SEGUROS**

04 OUT 2018

LAUDO MÉDICO

DPVAT

Atesto que paciente
**TERESINHA DE JESUS SOARES DA
SILVA**, vítima de acidente de trânsito,
apresenta sequela de fratura de tíbia
direita cominutiva, tendo sido operada,
apresenta limitação funcional em perna
direita de 80%.

CID-10: S822/ M625/ M245/ M191

THE, 02/10/2018

Dr. Glaudson Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2173 / 19907 19913

Clínica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurologia
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330
Fone/Fax: (86) 3221-6174 / 3131-6666 • www.neoclinica.net.br



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 2.726.654 DATA DE EXPEDIÇÃO: 04/06/18

NOME: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

FILIAÇÃO: MARIA DE FÁTIMA SOARES DA SILVA

NATURALIDADE: TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO: 12/12/1983

DOC. ORDEM: CERT.NASC. 67082 L 72A F 273

CPF: EXP TERESINA-PI. 28/05/18

1303217

LEI Nº 7.118 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 18.268/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Teresinha de Jesus Soares da Silva

1303217

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

28 JUN 2018

DPVAT



**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF****MINISTÉRIO DA FAZENDA**

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **034.352.493-74**Nome: **TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA**Data Nascimento: **12/12/1983**Situação Cadastral: **REGULAR**Data de Inscrição no CPF: **15/03/2006**Dígito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **11:42:27** do dia **25/06/2018** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **C21E.DB85.8BE7.83D8**

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Teresinha de Jesus Soares da Silva
 DATA DO ACIDENTE 09.09.17 CPF DA VITIMA 034.352.493.74

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO a mesma

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR vitima () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM
 A VITIMA É Teresinha de Jesus Soares da Silva
 ENDEREÇO DO PORTADOR Al. Domingos Afonso matreuve
 Nº 6267 COMPLEMENTO BAIRRO matreuve
 CIDADE Tepecica UF PA CEP 64000-770
 E-MAIL TEPECA TELEFONE (86) 988657066

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTeira de IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELO VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL, QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DE INÍCIO DA INVALIDEZ)
 (X) BOLETIM DE AILINDAMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) FATORAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) CARTeira de IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPM DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL, OU IMAGEM DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL))
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTeira de IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPM DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INDIcando AS LESÕES SÓRDIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUIRÚRGICAS
 (X) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- (X) CARTeira de IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPM DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL, OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL))
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE = R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.394/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS).

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVAT/SEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 28.09.18

IDENTIDADE Teresinha de Jesus Soares da Silva

ASSINATURA

Soares da Silva

RESPONSENTE

DATA 28.09.2018

NOME

DPVAT

PU CORRETO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0231700/18

Número do Sinistro: 3180296456

Vítima: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

CPF: 034.352.493-74

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/07/2017

Titular do CPF: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 04/10/2018
Nome: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA
CPF: 034.352.493-74

TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180296456 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 09/07/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL DIREITA

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM JOELHO DIREITO AO DEAMBULAR, COM CREPITAÇÃO AOS MOVIMENTOS, COM INSTABILIDADE, DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO, APRESENTANDO EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE DEAMBULAR SEM MULETAS OU CADEIRA DE RODAS, APRESENTANDO LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO EM 20 GRAU DO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: PSEUDOARTROSE NA DIAFISE DA TIBIA DIREITA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/07/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

UF do CRM do médico: PI

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

