

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface (PJe) for a civil process (ProceComCiv).

The main title bar shows the URL: tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalle/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=505748&ca=509d3a1a5413c68f59696a4d423de...

The page header includes the PJe logo, the process number (0810367-45.2020.8.18.0140), and the date (28 Oct 2020).

The main content area displays the process details:

- Case Number: 12775756 - CONTESTAÇÃO (2760144 CONTESTACAO 01)
- Filed by: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSO...
- Filed on: 28/10/2020 at 09:44:54

The left sidebar shows a tree view of the process documents:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 12775748 - CONTESTAÇÃO (2760144 CONTESTACAO 01)
 - 12775756 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12775763 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12775764 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12775765 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

The right panel shows a preview of a document titled "downloadBinario.seam" (page 1 of 9), which includes the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI".

The bottom status bar shows the date (28/10/2020), time (09:44), and battery level.



Número: **0810367-45.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **28/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA (AUTOR)	ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12775 762	28/10/2020 09:44	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro, para os devidos fins, que LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA CPF 008.265.563-45, RG 2.352.323 SSP-PI, compareceu neste serviço médico, na data de 17 de novembro de 2019, vítima de acidente em transito de motocicleta, conforme número de prontuário 57922, sendo registrado o horário de entrada às 22:10 atendimento realizado pela Médica FERNANDA NUNES DE CASTRO, CRM-PI 4195.

Teresina, 19 de dezembro de 2019


Maria Cecília Portela de Melo Andrade
Diretora de Enfermagem
Matrícula 09387 - COREN-PI 265.117
Unidade Pronto Atendimento Promorar

Hospital Geral do Promorar e Maternidade Dr. Olavo
Mendes de Carvalho.
Avenida Ulisses Guimarães, S/N. Teresina-PI.
CEP 64027330.
CNPJ: 17 577 20009-94



86 3220-3536



diretoriahgp@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/10/2020 09:44:54
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102809445384300000012085090>
Número do documento: 20102809445384300000012085090

Num. 12775762 - Pág. 1

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o(a) paciente LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA (RG: 2.352.323 SSP - PI) que deu entrada neste hospital no (s) dia (s) 18/11/2019 às 18:48:40, no POSTO 2, SUPLEMENTAR e CLÍNICA ORTOPÉDICA – P.11, ENF. 237 e encontra-se de alta desde o dia 21/11/2019.

Teresina, 21 de novembro de 2019.


Priscilla Silva Lima
Assistente Social - HUT

CRESS nº 879 - 22ª Região

Assistente Social



Rua Otto Tito, 1820. Bairro Redenção.
Teresina-PI. CEP 64017-775.
CNPJ 17.577.205/0008-03



86 3218-5199



diretoriageralhut@gmail.com



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/10/2020 09:44:54
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102809445384300000012085090>
Número do documento: 20102809445384300000012085090

Num. 12775762 - Pág. 2



NOME DO PACIENTE: Beaneida Shadelynne Almeida
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 529189 *SFL*

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





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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

NH60
20/11/19

Imp: 18/11/2019 20:09:01
(User: DR. FERDINAND FREITA)
(Estação: SALADEGESS002)

Nome: LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA	Prontuário: 529189		
Mãe: MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA	Pai:		
End. Resid.: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 02/03/1986	Idade: 33a8m16d	Sexo: Feminino	Fone: 86-98324-849
Responsável: TALESSA		CNS: 702503330147934	
Profissão: ACADEMICA		Documento: CPF: 008.265.563-45	
G. Instrução: Superior Incompleto		E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 752420	Entrada: 18/11/2019 18:48:40	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Ativo da Procura			
(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: ENCAMINHADA DA UPA-PROMORAR C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ +_24H. RELATO DE TRAUMA EM OMBRO D, PUNHO E, JOELHO D. REFERE NÁUSEAS. NEGA OUTRAS QUEIXAS. (SIC) ECG-15 NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. (SIC)		LIVIA DE ARAUJO SOUSA COREN 93272 Em: 18/11/2019 19:46:52

SSVV: (Hora: ____ : ____)	
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m ² Pulso: bmp Pressão: mmHg	
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: REFERE ACIDENTE DE MOTO COM DORES E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.	
TOMOGRAFIA REALIZADA DATA: 18/11/19 HORA: 20:25 hs EXAME: TECNICO TECNÓLOGO: [Signature]	

Diagnóstico Inicial:	RAIO X REALIZADO
Exames Complementares: (1364422) - PUNHO ESQUERDO (1364423) - OMBRO DIREITO (1364424) - JOELHO DIREITO	DATA: 18/11/19 HORA: 20:25 hs
Prescrição Médica:	TÉCNICO: [Signature]

Motivo da Alta/Encerramento:	Dr. Ferdinand Freitas Ortopedia e Traumatologia CRM-PI: 3096 - TECNICO
Observação (Adulto)	DATA: / / HORA: : :

Talesca Rayne do Nascimento Silva

Assinatura Paciente ou Responsável

FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
CRM: 3096 PI Em: 18/11/2019 20:09:00





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

263384

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856 252065

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA

6 - Prontuário: 529189

7-CNS: 702503330147934

8-Nascimento: 02/03/1986

9-Sexo: Feminino

CPF: 008.265.563-45

11-Mae: MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA

12-Fone: 86-98324-849

13-Esp: TALESSA

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: QD B CS 18 - ANGELIM - CEP: 64000-010

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PCT VITIMA D EACIDNETE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM FRATURA DISTAL RADIO ESQUERDO E PLATRO TIBIAL

DIREITO

CD: IMOB ILIZAÇÃO / INTERNAÇÃO P/ TTO CIRURGICO

21 - Condições que justificam a internação:

AS ACIMA

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

RX + EXAME CLINICO ORTOPEDICO

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade proximal da tibia

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

S821

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408050551

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Tempo SUS

3

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

772.586.903-44

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

ALMIR ALVES REBELO FILHO

18/11/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Nathalia Regina do Nascimento Silva

Usuário: (NELSON MOURA)
Consulta Local: 752420
Consulta SUS:
Impressão: 18/11/2019 21:45:12



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA N.º: 76725 - Em: (19/11/2019)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dr. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
252065	529189	LEANNEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA	02/03/1986	Posto 2	Suplementar 1	EXTRA 35	NELSON ANTONIO MELO DE MOURA

Evolução:

BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE

Diagnóstico/Comorbidades:

Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE, <i>Zero gms de carb</i>								
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO"	1,00	Frasco	EV	12/12h			21:45	Admitida no Posto 02
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML, SOS	1,00	Ampola	EV	6/6h				
3	TENOCLAM 20MG/ML, PÓ P/SOL, INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h				
4	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL EM 10ml SPO, 9% SOS	1,00	Ampola	EV	8/8h			22:45h. Dávvel noite dorme	
5	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML	1,00	Ampola	EV	12/12h			MUNDO PENSANDO (22:45h)	

OBS: *verunya amarrar 10/11/19*

com Dr. Sennur.

Dr. AM

*Dr. Lucas Antônio Soares Coutinho
Médico Interno
CRM-PI 2972*

*Almir Alves Reis Filho
Almir Alves Reis Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI 2972*



FHTFundação Hospitalar
de Teresina**SUS**Prefeitura de
TeresinaFls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**DATA 19/11/2018

NOME DO PACIENTE:	<u>Leanne Shadelynne Almeida Oliveira</u>		
DIAGNÓSTICO:	<u>Fractura de Rodo Roda Pélvico</u>		
ANESTESIA:	CIRURGIA: <u>Intervenção</u>		
CIRURGIÃO:	Nº DA SALA: <u>05</u>		
AUXILIAR:	CPF Nº:		
ANESTESIA:	CPF Nº:		
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº: <u>Georgo</u>		

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>C4</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>50</u>	PAR	<u>06</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>74</u>	PAR	<u>06</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>00</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>08</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>00</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>02</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>000</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>000</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>50</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>00</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.	<u>1</u>		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	<u>1</u>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	<u>00</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	<u>01</u>					
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							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Getulio</u>			
PROLENE							



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

PACIENTE - Nome: Ireneida Shaderlynn Almeida Silva

Nº AIH: 252084

Nº do Prontuário: 529189 Data da Internação: / /

Procedimento Médico Realizado: 040805051

Indicador de Compatibilidade: 0702030970

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Almir

CRM Nº _____ CPF Nº _____

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 19/11/19 DATA DA ALTA: / /

Código Ropm Nº	DESCRÍÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
<u>Cx- 40</u>	<u>01 Placa em L 4,5mm de 2x5 furos</u> <u>parafusos eponoxes R32 nº 55</u> <u>nº 60</u> <u>parafusos centrais nº 34</u> <u>nº 36</u> <u>nº 46</u>
	<u>Almir Alves Rebello Filho</u> <u>Ortopedia - Traumatologia</u> <u>CRM-PI 2972</u>

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

Teresina 19 de novembro de 2019

Nome do Hospital: HUT Zenon Rechá

C.N.P.J: _____

Assinatura: _____

Cargo: _____

Nome: Analio





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 252084
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA	6 - Prontuário: 529189
7-CNS: 702503330147934	8-Nascimento: 02/03/1986
9-Mãe: MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA	9-Sexo: Feminino
10-Resp: TALESSA	11-Fone: 86-98324-849
15-Ender: QD B CS 18 - ANGELIM - CEP: 64000-010	14-Fone: 86-98324-849
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050551	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	
31-Cod.Procedimento Especial 0702030970	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA EM L 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Solicidada: 1
Fornecedor da OPM: PIMMES		
38-Profissional Responsável: ALMIR ALVES REBELO FILHO	40-Tp. Documento: CPF	<i>Almir Alves Rebello Filho CRM-PI 2972 Ortopedia / Traumatologia</i>
39-Data Solicitação: 19/11/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 772.586.903-44	
	41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Paciente com fratura do plato
lateral direito necessitando de osteosíntese*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF:

(KARLA BATISTA)





PIMMES - Piauí Material Médico Especializado | Ltda.

ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES

COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA

COLAR, BIOMATERIALS, NEURO E ORTOPEDICA.
Avenida Campos Sales, 1875. Telefone: (21) 3222-1170

Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-3000 • Teresina-PI

C.N.P.J (ME) 07175149/0001-31

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

PACIENTE - Nome: Speaneida Shaderlynnne Almeida Silva

Nº AIH: 252084

Nº do Prontuário: 529189 Data da Internação: / /

Procedimento Médico Realizado: 0408030407

Indicador de Compatibilidade: 0702030996

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dra. Almira

Código Ropm
Nº

DESCRÍÇÃO DO MATERIAL
(Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc.)

Cx- 119 01. Place em + 3,5mm de 3x4 furos
parafusos centrais nº 16 (01)
nº 18 (02)
nº 22 (01)

Almir Alves Rebelo Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PJ 2072

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material(is) aqui discriminado(s) no(s) projeto(s) acima.

Terezinha 19 de novembro de 2016

Nome do Hospital: HU UFZ - Brumadinho - MG

Common Name

Digitized by srujanika@gmail.com

Assimilada: _____

Cargo: 0-13

Nome: Paula





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
3-Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES
5828856 Código da Internação:
4-CNES
5828856 **252084**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA**
6 - Prontuário: **529189**
7-CNS: **702503330147934** 8-Nascimento: **02/03/1986** 9-Sexo: **Feminino** CPF: **008.265.563-45**
11-Mãe: **MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA** 12-Fone: **86-98324-849**
13-Resp: **TALESSA** 14-Fone: **86-98324-849**
15-Ender: **QD B CS 18 - ANGELIM - CEP: 64000-010**
16-Munic: **TERESINA** 17-Cod.IBGE: **221100** 18-UF: **PI** 19-CEP: **64000-010**

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408020407	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	
31-Cod.Procedimento Especial 0702030996	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli-cida-data: 1
Fornecedor da OPM: PIMMES		

38-Profissional Responsável: ALMIR ALVES REBELO FILHO	40-Tp. Documento: CPF	<i>Almir Alves Rebelo Filho Ortopedia - Traumatologia CRM-PI 2077</i> 41-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)
42-Data Solicitação: 19/11/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 772.586.903-44	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Paciente com fratura de rádio
distal agudo necessitando de osteosíntese*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	<i>Carimbo</i>	
52-CNS/CPF:	49-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)	

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: — / — / —	52-CNS/CPF:
		53-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

263484

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	252084

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA	6 - Prontuário: 529189		
7-CNS: 70250330147934	8-Nascimento: 02/03/1986	9-Sexo: Feminino	CPF: 008.265.563-45
11-Mãe: MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA			12-Fone: 86-98324-849
3-Resp: TALESSA			14-Cor: Sem Informação
15-Ender: QD B CS 18 - ANGELIM - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA		7-Mod.IBGE: 221106	18-UF: PI
			19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente retorna de transo, desidrata e desnutrida em peso apalpado e jailex diret

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de cura

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

Rx Fart Pedro ventral e platis

23-Diagnóstico Inicial:
(Informação Posterior)

24-CID Prim: 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO					
28-Cod.Proced.:	27-Procedimento Solicitado: 0415030013 TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO				
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 772.586.903-44				
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação: 19/11/2019				
ALMIR ALVES REBELO FILHO	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)				

Almir Alves Rebello Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI 2972

Tempo SUS
9999

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico			
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: (<input type="checkbox"/>)CNS (<input type="checkbox"/>)CPF	49-Num. Documento: 50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (KARLA BATISTA)
Consulta Local: 752420
Consulta SUS:
Impressão: 19/11/2019 09:38:41





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Leandro da Costa Almeida Filho

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de Rádio distal C

Operação - Tipo

Ortopédico

Cirurgião

AMID

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

10/11/19

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Resumo em PPT de lesão de placa
lateral C, Anemia, Hipotensão, círculo
dos campos estéril, Paragem da faixa
de anêstesia, sono volto ao rádio distal C,
redução contorcida do rádio volto encap-
sutura, curvatura, retracção da faixa
3/2

Almir Alves Reis Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI 2572





CD 5823

0428050 551

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

FMS

Fundação Municipal
de Saúde

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Leanise de Flor de Lysma Alves de Melo</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura Platafeta Pecten + luxado</i>		
Operação - Tipo <i>Osteomíctex + luxado oras</i>		
Cirurgião	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>R</i>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

*Plano em PDIH sob anestesia geral +
Regional anestesia, Anegre, Antissepsia, cirroseas
dos campos esteril, Aceno pectoral lateral D
redução, Aceno os iliacos direito e retiro
do luxado oras, laborar do luxado oras
Posteriormente col engao, fáscia, curativa
retirada de falso, S12*

*Almir Alves Rebele Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI 2972*

Mod. 76 HUT



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			CORTICOIDES		ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)			APLICADO AS		EFEITOS	
					TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3					
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	C° 260 240 2 38 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO						SEQUÊNCIA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARITICULARIDADES						

MOD 76 - HUT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/10/2020 09:44:54
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102809445384300000012085090>
 Número do documento: 20102809445384300000012085090

Num. 12775762 - Pág. 15

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE Leanne Shadelynnne Almeida Silva					Nº DE REGISTRO	
DATA: 19/11/19	P. ARTERIAL 120/90	PULSO	RESPIRAÇÃO Eufreico	TEMPERATURA AF13	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA NR - - Nefroalergias e comorbidades - - Anuria na infância SP.						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA NDN						
SISTEMA CIRCULATÓRIO NDN						
SISTEMA RESPIRATÓRIO MDN						
SISTEMA DIGESTIVO NDN			SISTEMA URINÁRIO MDN		ASMA nega BRONQUITE nega	
ESTADO MENTAL LOTE.			CORTICOIDES		ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO Frat antebraço E tipo plato tibial.						
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) 1 lidazolam + Octumine - 3mp + 30mp						
APLICADO AS EFEITOS Ramay ③						
08:00	09:30	10:30	11:30		TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 Sust 51,5 2 Hippofet 1x 3 Pentam				- RIA ① Bupivacaína 0,5% - 15 ml ② Dimet 0,02% - 50 ml ③ Etanocet 0,02% - 20 - Bloq. axilar - ④ Diclo 500mg 1x - 50ml ⑤ Ropiv 0,5% - 20 ml	
LIQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	38			SEQUÊNCIA	
P. ARTERIAL V O PULSO					1 Checagem capnometro 99% 2 Monitorizações 3 Sedação F1 + 2 4 BSA sentada, assentaria 5 Antiemética toracal 10ml 6 anest. etanocetilina 0,02% 70,5% pulmão lobar para 8 medicação a b, ap. flumal 9 27,6 litrores cintelino nra 10 1ml, injeção 413 2 11 Bloq. axilar SP injeção 12 D+G 13 1ML n. 3 pp. VCR = 420 14 FR = 12 FB = 40% PVE = 15 1/2 protocolor	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					DURAÇÃO	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					INCIDENTE - ACIDENTE	
RESPIRAÇÃO O					FC = 86 PAM = 80.	
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS Bloq. axilar E + BSA.						
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES Dr. Almir						
ANESTESISTAS Dra. Danielle						
PARITICULARIDADES						
Dra. Danielle Duarte Magalhães Anestesiologista CRM-PI 7568						

**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

F691 1 38 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: **529189**)
Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m16d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420
Requisição: 1026080 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
Controle: 1364425 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030029

Data Exame: 18/11/2019

T.C. DE JOELHO DIREITO

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

LAUDO:

- FRATURA COMINUTA/AFUNDAMENTO DO PLATÔ TIBIAL LATERAL, COM DEGRAU DE CERCA DE 11mm.
- FRATURA COMPLETA DA EPÍFISE PROXIMAL DA FÍBULA.
- HEMARTROSE.
- SUBLUXAÇÃO LATERAL DA PATELA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 18/11/2019

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME/HUT
Confere com 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: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: **529189**)
Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m17d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420
Requisição: 1026082 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
Controle: 1364427 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 18/11/2019

PUNHO ESQUERDO

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

- Fratura na epífise distal do rádio fixada por placa metálica.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com 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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: 529189)
Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m17d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420
Requisição: 1026082 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
Controle: 1364428 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 18/11/2019

JOELHO DIREITO

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

- Fratura no platô tibial lateral fixada por placa e parafusos metálicos.
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Conferência 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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: **529189**)
Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TEREINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m17d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420
Requisição: 1026082 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
Controle: 1364427 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 18/11/2019

PUNHO ESQUERDO

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

- Fratura na epífise distal do rádio fixada por placa metálica.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMU/HUT
Conferido com Original



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/10/2020 09:44:54
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102809445384300000012085090>
Número do documento: 20102809445384300000012085090

Num. 12775762 - Pág. 20


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA (Prontuário: 529189)**
 Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m17d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420
 Requisição: 1026082 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
 Controle: 1364428 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 18/11/2019

JOELHO DIREITO

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

- Fratura no platô tibial lateral fixada por placa e parafusos metálicos.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 050234
 SAME/HUT
 Confere com 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:	LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA (Prontuário: 529189)			
Endereço:	QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010			
Nascimento:	02/03/1986	Idade: 33a8m23d	Sexo: Feminino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	1026377	Solicitação: 19/11/2019	Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO	Atendimento: 252084
Controle:	1364995	Convênio: S U S	CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 237 EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 19/11/2019

PUNHO ESQUERDO

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

- Fratura recente alinhada no rádio distal, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 25/11/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
 Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 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:	LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA (Prontuário: 529189)			
Endereço:	QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010			
Nascimento:	02/03/1986	Idade: 33a8m23d	Sexo: Feminino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	1026377	Solicitação: 19/11/2019	Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO	Atendimento: 252084
Controle:	1364996	Convênio: SUS	CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 237 EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 19/11/2019

JOELHO DIREITO

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

- Fratura recente alinhada no rádio distal, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/11/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME / HUT
 Confira com 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

Pág. 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente:	LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA (Prontuário: 529189)		
Endereço:	QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	02/03/1986	Idade: 33a8m23d	Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	1026377	Solicitação: 19/11/2019	Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO
Controle:	1364996	Convênio: S U S	CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 237 EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 19/11/2019

JOELHO DIREITO

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

- Fratura recente alinhada no rádio distal, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/11/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
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

Pág. 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente:	LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA (Prontuário: 529189)		
Endereço:	QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	02/03/1986	Idade: 33a8m23d	Sexo: Feminino
Requisição:	1026377	Solicitação: 19/11/2019	Origem: INTERNAÇÃO
Controle:	1364995	Convênio: S U S	Atendimento: 252084
		Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO	
		CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 237 EXTRA 002

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 19/11/2019

PUNHO ESQUERDO

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

- Fratura recente alinhada no rádio distal, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/11/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 67290
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

Pág. 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA (Prontuário: 529189)**
Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m17d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420
Requisição: 1026082 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
Controle: 1364428 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 18/11/2019

JOELHO DIREITO

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

- Fratura no platô tibial lateral fixada por placa e parafusos metálicos.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes da Mesquita
Matrícula: 47390
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/10/2020 09:44:54
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010280944538430000012085090>
Número do documento: 2010280944538430000012085090

Num. 12775762 - Pág. 26

**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

Flor: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: 529189)
Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m17d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420
Requisição: 1026082 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
Controle: 1364427 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 18/11/2019

PUNHO ESQUERDO

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

- Fratura na epífise distal do rádio fixada por placa metálica.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47380
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/10/2020 09:44:54
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102809445384300000012085090>
Número do documento: 20102809445384300000012085090

Num. 12775762 - Pág. 27



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: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: 529189)
Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m16d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420
Requisição: 1026080 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
Controle: 1364425 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030029

Data Exame: 18/11/2019

T.C. DE JOELHO DIREITO

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

LAUDO:

- FRATURA COMINUTA/AFUNDAMENTO DO PLATÔ TIBIAL LATERAL, COM DEGRAU DE CERCA DE 11mm.
- FRATURA COMPLETA DA EPÍFISE PROXIMAL DA FÍBULA.
- HEMARTROSE.
- SUBLUXAÇÃO LATERAL DA PATELA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 18/11/2019

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/10/2020 09:44:54
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102809445384300000012085090>
Número do documento: 20102809445384300000012085090

Num. 12775762 - Pág. 29



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200082423 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA **Data do acidente:** 17/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO;
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PUNHO E JOELHO(OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 13,14

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das

sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO E JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:		LEANEIDA SHANDELLYNE ALMEIDA SILVA		
NACIONALIDADE:		Brasileira		
ESTADO CIVIL:		Solteira		
RG:	2.352.323.	ORG. EMISSOR:	SSP PI	DATA DE EXPEDIÇÃO:
				22/04/15
CPF:	008.265.563-45			
PROFISSÃO:	Bucurso		ENDEREÇO:	AV. NOSSA SENHORA DE ASSUNÇÃO
Nº:	2534		BAIRRO:	VILA IRMÃ DULCE
ESTADO:	PIAUI.		CIDADE:	TERESSINA
			CEP:	64040-530

OUTORGADO: LUIS CARLOS CUNHA LIMA			
NACIONALIDADE: BRASILEIRO		ESTADO CIVIL: DIVORCIADO	
RG:0269743620032	ORG. EMISSOR: SSPMA	DATA DE EXPEDIÇÃO 19/01/2019	
CPF: 011.310.073-60		PROFISSÃO: TEC. SEG. DO TRABALHO	
ENDEREÇO: RUA COLOMBIA		Nº 3474	
BAIRRO: TRÊS ANDARES		CIDADE: TERESINA	
ESTADO: PIAUI		CEP 64016-570	

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT** E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO AS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA, SOLICITAR REAGENDAMENTOS, PODENDO SUBSTABELECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDO PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDADO, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO **SEGURO DPVAT**.

VITIMA: JEANEIA SHANDERLYNE ALMEIDA - SII VA

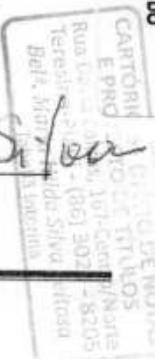
CPF: 008.265 563-45 DATA DO ACIDENTE 12/11/2019

COBERTURA SOLICITADA: INVALIDEZ PERMANENTE / DAMS / MORTE

Local/Data Teresina 11/12/2019

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LEANEDA SHANDERLYNEE DA ALMEIDA SILVA NO DOC. PROCURAÇÃO PARTICULARMENTE TESTADA SELO MARANHÃO. - VAGZ Consulte em www.tjpi.jus.br/potestra

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066518/20

Vítima: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA

CPF: 008.265.563-45

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/11/2019

Titular do CPF: SHANDERLYNNE ALMEIDA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

LUIS CARLOS CUNHA LIMA : 011.310.073-60

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

LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA : 008.265.563-45

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2020
Nome: LUIS CARLOS CUNHA LIMA
CPF: 011.310.073-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

LUIS CARLOS CUNHA LIMA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/10/2020 09:44:54
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102809445384300000012085090>
Número do documento: 20102809445384300000012085090

Num. 12775762 - Pág. 33



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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200082423

Vítima: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA

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, contados 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 15535765

Pag. 000503/00504 - carta_01 - INVALIDEZ



00050252



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/10/2020 09:44:54
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102809445384300000012085090>
Número do documento: 20102809445384300000012085090

Num. 12775762 - Pág. 34

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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200082423 **Vítima: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA**

Data do Acidente: 17/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **237**

Agência: **000001950-0**

Conta: **000001000429-2**

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

008.265.563-45

LEANEIDA SHANDELYNN ALMEIDA SILVA

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

5 - Nome completo:

LEANEIDA SHANDELYNN ALMEIDA SILVA

6 - CEP:

008.265.563-45

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

R. NSA DA ASSUNÇÃO

9 - Número:

2534

10 - Complemento:

11 - Bairro:

VILA ICÉMIA DULCE.

12 - Cidade:

Terezina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64040-330

16 - Tel.(DDD):

86 99574.5685

15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 16 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RENDA INFORMAR SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,0021 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1950

CONTA: 10004292

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

 Sim Não Sim Não Falecidos:

Vivos:

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

Nascituro (não nascido)?

30 - Vítima deixou

nascituro (não nascido)?

 Sim Não

31 - Vítima

 Sim Não

teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

Nascituro (não nascido)?

33 - Vítima deixou

país/vivos?

 Sim Não

teve irmãos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

Nascituro (não nascido)?

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Terezina 17/02/2020

x/Leaneida S. A. Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

atura do Representante Legal (se houver)

V002/2019

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000237/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/01/2020 10:45 Data/Hora Fim: 06/01/2020 11:23
Delegado de Polícia: Erika Mourão Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 17/11/2019 21:50

Local do Fato

Município: Teresina (PI)

Bairro: Vila Irmã Dulce

Logradouro: RUA ESTIGMA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Feminino Nasc: 22/07/1963

Profissão: Professor

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: LUIZA ALMEIDA SANTOS

Nome do Pai: TEODORO RODRIGUES DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 462.902.733-53

RG - Carteira de Identidade: 1004832

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: RUA DA NOSSA SENHORA ASSUNÇÃO

Nº: 2534

Bairro: ANGELIM

CEP: 64.040-530

Vínculo

Mãe

Envolvido(a)

Leaneida Shnderlynne Almeida Silva

Tempo da Relação

0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)

Nome Civil: LEANEIDA SHNDERLYNNE ALMEIDA SILVA (VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Feminino Nasc: 02/03/1986

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Ieda Santos de Almeida Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 008.265.563-45

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: RUA NOSSA SENHORA DE ASUNÇÃO

Nº: 2534

Bairro: VILA IRMA DULCE



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourão Melo de Aguiar
Impresso por: José Nilton Nunes Filho
Data de Impressão: 06/01/2020 11:24
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/10/2020 09:44:54
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010280944538430000012085090
Número do documento: 2010280944538430000012085090

Num. 12775762 - Pág. 37



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000237/2020

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 462.902.733-53	Placa: QUC9551
Renavam: 01180045006	Número do Motor: JC70E0K010373
Número do Chassi: 9C2JC7000KR010363	Ano/Modelo Fabricação: 2019/2018
Cor: VERMELHA	UF Veículo: Piauí
Município Veículo: Teresina	Marca/Modelo: HONDA/BIZ 110i
Modelo: HONDA/BIZ 110i	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Meio Empregado
Última Atualização Denatran: 30/01/2019	Situação do Veículo: NADA CONSTA

Nome Envolvido: MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA	Envolvimentos: Proprietário
--	-----------------------------

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE AFIRMA QUE SUA FILHA TRAFEGAVA NA MOTO ACIMA MENCIONADA, PELA CITADA VIA QUANDO A MESMA PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU, SENDO SOCORRIDA POR TECEIROS, LEVADA PARA A UPA DO PROMORAR PRONTUÁRIO N. 57922, SENDO TRANSFERIDA PARA O H.U.T. PRONTUÁRIO N. 529189 QUE ESTE É PARA FINS DEO D.P.VAT. ERA O B.O.

ASSINATURAS

Jose Milton Nunes Filho
Agente de polícia
Matrícula: 009070x
Responsável pelo Atestamento

MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA

(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins, de que o(a) que assinou este boletim, preencheu as suas informações de forma voluntária e corretamente, sem ter sido ameaçado(a) ou induzido(a) a fazê-lo, e que o que consta no mesmo é verdadeiro, conforme consta no(s) ato(s) de(s) Declarante(s) e/ou Consultante(s) feito(s) no dia(s) de(s) Consulta(s), no Código Puna - Piauí."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourão Melo de Aguiar
Impresso por: Jose Milton Nunes Filho
Data de impressão: 06/01/2020 11:24
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/10/2020 09:44:54
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010280944538430000012085090>
Número do documento: 2010280944538430000012085090

Num. 12775762 - Pág. 38



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
008.265.563-45 LEANEIDA SHANDELYNN ALMEIDA SILVA

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

5 - Nome completo: LEANEIDA SHANDELYNN ALMEIDA SILVA	6 - CPE: 008.265.563-45		
7 - Profissão: RECUSO	8 - Endereço: R. NSA DA ASSUNÇÃO	9 - Número: 2534	10 - Complemento:
11 - Bairro: VILA ICÉIA DULCE	12 - Cidade: TERESINA	13 - Estado: PI	14 - CEP: 64040-330
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): 86 99574.5685	

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RFB150 INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1950 CONTA: 10004292

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

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

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascituro (nênciso)?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?
--	---	---	--	---	---

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 17/07/2020

Leaneida S. A. Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

atura do Representante Legal (se houver)

17/07/2019

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01950-0

CONTA: 000001000429-2

Nr. Autenticação

BRADESCO03032020050000000002370195000001000429337500 PAGO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/10/2020 09:44:54
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102809445384300000012085090>
Número do documento: 20102809445384300000012085090

Num. 12775762 - Pág. 40



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Juiz Carlos Cunha Lima

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 011338007360-1, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Leanilda Shandorlegne (Almídia Silva) inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.265.563-45,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz Permanente da Vítima Leanilda Shandorlegne (Almídia Silva)

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.265.563-45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

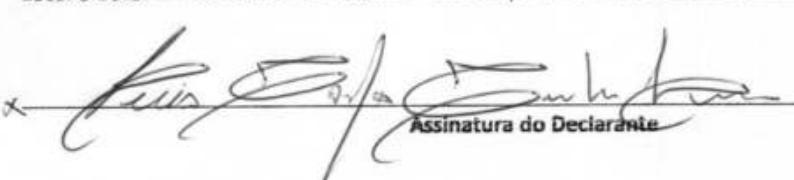
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Colômbia</u>	Número:	<u>3478</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Três Andares</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u> CEP: <u>64036570</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>86) 9905-4054</u>

Local e Data: Teresina 19/11/2019


Assinatura do Declarante

