

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Mensagens, Sistema, PJe Acesso 1º, PJe Consulta pr, PJe 0810367-45, Baixar o arq, (30) Whats, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=505748&ca=509d3a1a5413c68f59696a4d423deb...

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

Header: **PJe** ProceComCiv 0810367-45.2020.8.18.0140 LEANIEDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSO...

Search bar: 12775756 - CONTESTAÇÃO (2760144 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 28/10/2020 09:44:54

Left sidebar (28 Oct 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 12775748 - CONTESTAÇÃO
 - 12775756 - CONTESTAÇÃO (2760144 CONTESTACAO 01)
 - 12776762 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12775763 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12775764 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12775765 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main content area (downloadBinario.seam):

1 / 9

2760144- C3/ 2020-03929/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
— ADVOCADO ASSOCIADO —

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Taskbar: PT, 09:44, 28/10/2020



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
12775762	28/10/2020 09:44	PROCESSO ADMINISTRATIVO	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 trânsito 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 B9387 - COREN-PI 265.117
Unidade Pronto Atendimento Promorar





Prefeitura de
Teresina

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.

Francisca 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





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Beaneida Shadenlyne Almeida
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 529189

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 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 18/11/2019 20:09:01
(User: DR. FERDINAND FREITAS)
(Estação: SALADEGESS02)

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
Tipo 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/m2	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 20:25h EXAME DECEAD TECNÓLOGO: [assinatura]

Diagnóstico Inicial:	RAIO X REALIZADO DATA 18/11/19 HORA 21:00h TÉCNICO: [assinatura] CID: [assinatura]
----------------------	---

Exames Complementares:
(1364422) - PUNHO ESQUERDO (1364423) - OMBRO DIREITO (1364424) - JOELHO DIREITO

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto) DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

Assinatura Paciente ou Responsável
[assinatura]

Dr. Ferdinand Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 9056 - TEOR: 1820
FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
CRM: 3096 PI Em: 18/11/2019 20:09:00



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



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

263384

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

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-Mãe: **MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA**

12-Fone: 86-98324-849

Resp: **TALESSA**

14-Cor: Sem Informação

15-Endereço: **QD B CS 18 - ANGELIM - CEP: 64000-010**

16-Munic: **TERESINA**

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

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: IMOBILIZAÇÃO / 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: S821

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050551

27-Procedimento Solicitado:

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:

ALMIR ALVES REBELO FILHO

18/11/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

42-CNPJ Empresa:

45 - Vínculo com a Previdência:

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

40-No.Bilhete:

41-Série:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

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

Nelson Moura



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 No.: 76725 - Em: (18/11/2019)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dr. Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:		
252065	529189	TERANEIDA SHADELYNNE ALMEIDA SILVA	02/03/1986	POSTO 2	SUPLENENTAR 1	EXTRA 35	NELSON ANTÔNIO MELO DE MOURA		
Evolução:	REG. ESTAVEL CLINICAMENTE								
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	Relatório de Enfermagem:
1	ORAL Tipo LIVRE, zero qns de 00								21:45 Admitida no
2	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO"	1,00	Frasco	EV	12/12h				Posto 02
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h	AD			HA DORADO CARDIACA
4	TEROXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h	AD			ENFERMEIRA
5	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL	1,00	Ampola	EV	8/8h	SF 0,9%			COREN: 79289
6	EV 100ml SF 0,9% SCS	1,00	Ampola	EV	12/12h				
7	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	1,00	Ampola	EV	12/12h				

OBS: cirurgia amanhã 19/11/19

com Dr. Sblane.

Dr. A M M

AS 07h

Almir Alves Ribeiro Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI-2572

Dr. Lucas André Silva
Médico
CRM-PI-10796



BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 19/11/2019

NOME DO PACIENTE:	<u>Leamilla Shadelyne Almeida Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº:	
DIAGNÓSTICO:	<u>Ent de Rodo Total P. Hala</u>	CIRURGIA:	<u>Inte com 2</u>
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>Amr 22</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Dra Daniele</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Guigo</u>	CPF Nº:	

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>30</u>	PAR	<u>06</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>24</u>	PAR	<u>06</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>00</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>08</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>200</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>02</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>100</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>40</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>06</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	<u>40</u>		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.	<u>1</u>		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	<u>1</u>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>30</u>	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				ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE				CIRCULANTE: <u>Getulio</u>			

*Assinado eletronicamente por:
Márcio de Sá
SAIME - FHT
Centro de Cirurgia*





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

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

PACIENTE - Nome: Ileanida Shaderlyne Almeida Silva

Nº AIH: 252084

Nº do Prontuário: 529189 Data da Internação: / /

Procedimento Médico Realizado: 0408050551

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	DESCRIÇÃO 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 esportivos 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 Rebelo 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 Rocha

C.N.P.J:

Assinatura:

Cargo:

Nome: Amália





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	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. 0408050551	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030970	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA EM L 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidada: 1
Fornecedor da OPM: PIMES		
38-Profissional Responsável: ALMIR ALVES REBELO FILHO	40-Tp. Documento: CPF	<i>Almir Alves Rebelo Filho</i> Ortopedia - Traumatologia CRM-PI 2972
39-Data Solicitação: 19/11/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 772.586.903-44	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Paciente com fratura de placa
tibial direita necessitando de osteossíntese*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	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:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)





PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda

**ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.**

Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458

CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí

C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

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

PACIENTE - Nome: Jeaneida Shaderlymne Almeida Silva

Nº AIH: 252084

Nº do Prontuário: 529189 **Data da Internação:** / /

Procedimento Médico Realizado: 0408020407

Indicador de Compatibilidade: 0702030996

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Almir

CRM Nº **CPF Nº**

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

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
Cx - 119	01 Placa em + 3,5mm de 3x4 furos parafusos corticais nº 16(01) nº 18(02) nº 22(01)

Almir Alves Rebelo Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI 2972

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: MUT Zenen Rocha

C.N.P.J:

Assinatura:

Cargo:

Nome: Anália





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	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
1-Mãe: MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA	12-Fone: 86-98324-849		
13-Resp: TALESSA	14-Fone: 86-98324-849		
15-End: QD B CS 18 - ANGELIM - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

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.Procedi- mento Especial 0702030996	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidada: 1
Fornecedor da OPM: PIMES		

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Paciente com fratura de rádio
distal esquerdo necessitando de osteossíntese*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	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:
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

(KARLA BATISTA)





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: 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			
3-Resp: TALESSA	14-Cor: Sem Informação			
15-Ender: QD B CS 18 - ANGELIM - CEP: 64000-010	16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221106	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Paciente vítima de trauma, des- equilíbrio e dor em punho direito e joelho direito</i>			
21 - Condições que justificam a internação: <i>Necessidade de cirurgia</i>			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Rx Fem. Direito Ant. e Lat. D</i>			
23-Diagnóstico Inicial: (Informação Posterior)	24-CID Prim:	25-CID Sec.:	26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0415030013	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO	Tempo SUS 9999	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Dequm.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: 772.586.903-44
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ALMIR ALVES REBELO FILHO	34-Data Solicitação: 19/11/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-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: () CNS () 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 Silva Almeida Filho*

Diagnóstico pré-operatório *Fratura de Rádio Ulnar*

Operação - Tipo *Ortomante*

Cirurgião *Almir*

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *10/11/19*

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

*Paciente em PPH sob efeito de pleix
loquaxol, Anestesia, Antineupria, cabração
dos campos estives, Penetração da faixa
de suture, sendo visto ao radio distal,
Redução cartilaginosa do patulo no encaixe,
suture, Amorture, retirada da faixa.*
312

Almir Alves Rebelo Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PJ 2972





CLD 5823

0428050551

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

FMSFundação Municipal
de Saúde**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente			Leaneide Fladryane Serrão de Fiu		
Diagnóstico pré-operatório			Fratura Placa total Vento + Exerto Or		
Operação - Tipo			Osteomielite + Exerto Or		
Cirurgião		1º Assistente			
2º Assistente		3º Assistente			
Instrumentador(a)	Anestesista		Anestesia		
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			l		
Relatório Imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)					
Paciente em PDH sob anestesia geral + Rafur anestesia, Arrepe, Antissepsia, colocação dos campos estíreis, Aceno gástrico lateral D Redução, Alceio ao ilíaco direito e retirada do enxerto onco, colocação do enxerto onco Osteomielite do osso, fixação, curativos pituitada de feixo, G12					
Almir Alves Rebelo Filho Ortopedia - Traumatologia CRM-PI 2972					

Mod. 76 HUT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/10/2020 09:44:54

<http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102809445384300000012085090>

Número do documento: 20102809445384300000012085090

Num. 12775762 - Pág. 14

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE _____

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CRICULATÓRIO					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	
AGENTES ANESTESICOS	OXIGÊNIO 1 2 3					TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	C° 260 240 2					
P. ARTERIAL V O PULSO	38 200 180 160 1					SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	140 120 100 80					1 2 3 4 5 6 7 8 9
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	60 40 20 10					10 11 12 13 14 15
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARITICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	

MOD 76 - HUT



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Leonilda Shaderlyne Almeida Silva</u>					Nº DE REGISTRO																																																																													
DATA: <u>19/11/19</u>	P. ARTERIAL: <u>120/90</u>	PULSO	RESPIRAÇÃO: <u>Eupneica</u>	TEMPERATURA: <u>AFB</u>	PESO	ALTURA																																																																												
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA																																																																												
EXAMES DE URINA <u>NR -</u> - <u>Nepalergias e comorbidades.</u>																																																																																		
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <u>NDN</u> - <u>Amigdalite na infância sp.</u>																																																																																		
SISTEMA CIRCULATÓRIO <u>NDN</u>					ELETROCARDIOGRAMA <u>RS Normal</u>																																																																													
SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>NDN</u>					ASMA <u>nepe</u>	BRONQUITE <u>nepe</u>																																																																												
SISTEMA DIGESTIVO <u>NDN</u>					SISTEMA URINÁRIO <u>MDN</u>																																																																													
ESTADO MENTAL <u>LOTE</u>					CORTICOIDES	OUTROS																																																																												
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Trat antebraço E + traq. platô tilzicid</u>					FÍSICOS																																																																													
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) <u>Micazolan + Atumina - 3mg + 30mg</u>					APLICADO AS	EFEITOS <u>Ramsay 3</u>																																																																												
AGENTES ANESTÉSICOS		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>08:30</th> <th>09:30</th> <th>10:30</th> <th>11:30</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OXIGÊNIO</td> <td>15L</td> <td>15L</td> <td>15L</td> <td>15L</td> </tr> <tr> <td>1. Suo 15L</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Propofol 1x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Fentanyl 1x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					08:30	09:30	10:30	11:30	OXIGÊNIO	15L	15L	15L	15L	1. Suo 15L					2. Propofol 1x					3. Fentanyl 1x					TOTAL DE DOSES																																																			
	08:30	09:30	10:30	11:30																																																																														
OXIGÊNIO	15L	15L	15L	15L																																																																														
1. Suo 15L																																																																																		
2. Propofol 1x																																																																																		
3. Fentanyl 1x																																																																																		
LÍQUIDOS		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>08:30</th> <th>09:30</th> <th>10:30</th> <th>11:30</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SO-UTO</td> <td>500</td> <td>500</td> <td>500</td> <td>500</td> </tr> <tr> <td>SANGUE</td> <td>400</td> <td>400</td> <td>400</td> <td>400</td> </tr> <tr> <td>OUTROS</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> </tr> </tbody> </table>					08:30	09:30	10:30	11:30	SO-UTO	500	500	500	500	SANGUE	400	400	400	400	OUTROS	200	200	200	200	<p>① Bupivacaína 0.5% - 15 ml ② Diluente 0.9% - 50 ml ③ Fentanyl 0.02% - 2 ml - Bloq. axilar - ④ Lidocaína 0.5% - 30 ml ⑤ Ropivacaína 0.5% - 20 ml</p>																																																								
	08:30	09:30	10:30	11:30																																																																														
SO-UTO	500	500	500	500																																																																														
SANGUE	400	400	400	400																																																																														
OUTROS	200	200	200	200																																																																														
TEMPERATURA	Cº	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>08:30</th> <th>09:30</th> <th>10:30</th> <th>11:30</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>260</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>240</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>220</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>200</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>180</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>160</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>140</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>120</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					08:30	09:30	10:30	11:30	260					240					220					200					180					160					140					120					100					80					60					40					20					18					SEQUÊNCIA	
	08:30	09:30	10:30	11:30																																																																														
260																																																																																		
240																																																																																		
220																																																																																		
200																																																																																		
180																																																																																		
160																																																																																		
140																																																																																		
120																																																																																		
100																																																																																		
80																																																																																		
60																																																																																		
40																																																																																		
20																																																																																		
18																																																																																		
P. ARTERIAL	38	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>08:30</th> <th>09:30</th> <th>10:30</th> <th>11:30</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>200</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>180</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>160</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>140</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>120</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					08:30	09:30	10:30	11:30	200					180					160					140					120					100					80					60					40					20					18					<ol style="list-style-type: none"> 1. Checagem apneia e saturação 2. Monitorização 3. Sedação CI + E 4. BSA sentada anestesia 5. Anti-espasmo torácico - 10mg 6. Bloq. CI de levotiroxina diluída 7. 5% pinoc. lomb. com 8. medicação a b. w. 10ml 9. 27G, liqu. artic. 10ml 10. 27G, liqu. artic. 10ml 11. Bloq. axilar sp. 10ml 12. D1G 13. MLN - 3 pt. VCV = 420 14. FE = 12 F/B = 40 x 15 = 15. 1-2. Pinoc. axilar 																
	08:30	09:30	10:30	11:30																																																																														
200																																																																																		
180																																																																																		
160																																																																																		
140																																																																																		
120																																																																																		
100																																																																																		
80																																																																																		
60																																																																																		
40																																																																																		
20																																																																																		
18																																																																																		
V O PULSO		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>08:30</th> <th>09:30</th> <th>10:30</th> <th>11:30</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					08:30	09:30	10:30	11:30	2					1																																																																		
	08:30	09:30	10:30	11:30																																																																														
2																																																																																		
1																																																																																		
INÍCIO E FIM ANESTESIA	X	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>08:30</th> <th>09:30</th> <th>10:30</th> <th>11:30</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>140</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>120</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					08:30	09:30	10:30	11:30	140					120					100					80					60					40					20					18																																				
	08:30	09:30	10:30	11:30																																																																														
140																																																																																		
120																																																																																		
100																																																																																		
80																																																																																		
60																																																																																		
40																																																																																		
20																																																																																		
18																																																																																		
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>08:30</th> <th>09:30</th> <th>10:30</th> <th>11:30</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>140</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>120</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					08:30	09:30	10:30	11:30	140					120					100					80					60					40					20					18																																				
	08:30	09:30	10:30	11:30																																																																														
140																																																																																		
120																																																																																		
100																																																																																		
80																																																																																		
60																																																																																		
40																																																																																		
20																																																																																		
18																																																																																		
RESPIRAÇÃO	O	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>08:30</th> <th>09:30</th> <th>10:30</th> <th>11:30</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>140</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>120</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					08:30	09:30	10:30	11:30	140					120					100					80					60					40					20					18																																				
	08:30	09:30	10:30	11:30																																																																														
140																																																																																		
120																																																																																		
100																																																																																		
80																																																																																		
60																																																																																		
40																																																																																		
20																																																																																		
18																																																																																		
SÍMBOLOS																																																																																		
TÉCNICAS <u>Bloq. axilar E + BSA</u>					INCIDENTE - ACIDENTE																																																																													
OPERAÇÕES					FC = 82																																																																													
CIRURGIÕES <u>Dr. Almir</u>					PAM = 80																																																																													
ANESTESISTAS <u>Dra. Danielle</u>																																																																																		
PARITICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS																																																																													

MOD 76 - HUT

Dra. Danielle Dornado 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

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
Matricula: 059234
SAME HUT
Confere 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: 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
SAM- HUT
Conferir 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

Página 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
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: 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
Matricula: 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

Página 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
Matricula: 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

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 Atendimento: 252084
 Requisição: 1026377 Solicitação: 19/11/2019 Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO
 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 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 Atendimento: 252084
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

Teressa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matricula: 059234
SAME HUT
Confere 2m 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 Atendimento: 252084
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.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 25/11/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luísa 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

Página 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 Atendimento: 252084
Requisição: 1026377 Solicitação: 19/11/2019 Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO
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.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/11/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47299
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. 25



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **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

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SANE - 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. 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

Página 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: 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

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

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



529189

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



LEANEIDA SHANDERLYNE A. SILVA
1011190

POLEGAR DIREITO

CARTeira DE IDENTIDADE

529189

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.352.323 DATA DE EMISSÃO 22/04/15

LEANEIDA SHANDERLYNE ALMEIDA SILVA

MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA
JOSÉ LEONIDAS DA SILVA

TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 02/03/1986

CERT. NASC. 112736 L A144 F 123
EXP TERESINA-PI 22/04/15

008.265.563-45

LEI Nº 7.118 DE 2008/3 - DECRETO Nº 68.250/03





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: <u>LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA</u>			
NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>		ESTADO CIVIL: <u>solteira</u>	
RG: <u>2.352.323</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP PI</u>	DATA DE EXPEDIÇÃO: <u>22/04/19</u>	CPF: <u>008.265.56345</u>
PROFISSÃO: <u>Recurso</u>		ENDEREÇO: <u>AV. NOSSA SENHORA DE ASSUNÇÃO</u>	
Nº: <u>2534</u>	BAIRRO: <u>VILA IRMÃ DULCE</u>	CIDADE: <u>TERESINA</u>	
ESTADO: <u>PIAUÍ</u>		CEP: <u>64040-530</u>	

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

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 INDENIZAÇÃO 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**

VÍTIMA: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA
 CPF: 008.265.56345 DATA DO ACIDENTE 17/11/2019.
 COBERTURA SOLICITADA: (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS () MORTE
 Local/Data TERESINA 11/12/2019.

Leaneida Shanderlynnne Almeida Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)

RUA DAVID CALDAS Nº 167, Centro, TERESINA - PIAUÍ
 RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA NO DOC. PROCURAÇÃO PARTICULAR EM TEST. - 008.265.56345
 SELO AAN85412 - VOLTAR Consulte em www.tjpi.jus.br/portaletra
 ESTERNA BEATRIZ DE SOUSA RUIFINO - ESCRIVENTE AUTORIZADO
 Emol. R\$ 3,95 Tr. R\$ 0,77 MP. R\$ 0,10 Selo R\$ 0,20 Total: R\$ 4,98

5º Ofício

CARTÓRIO
 E PROTOCOLOS
 Rua Lúcia, 107 - Centro/Norte
 Teresina - PI - 64010-000
 Tel. (86) 3021-8205
 Teresina - PI - 64010-000
 Belf. Maria da Silva



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066518/20

Vítima: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SIL'

CPF: 008.265.563-45

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 17/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SHANDERLYNNE ALMEIDA

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

LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO





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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15535765

Pag. 00503/00504 - carta_01 - INVALIDEZ





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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DABS (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 SHANDERLYNNE 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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA

008.265.563.45

RECUSO R. NSA DA ASSUNÇÃO

2534

VILA ICMÃ DULCE

TERESINA

PI

64040330

86 99574.5685

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: ☒ REFUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1950 01 CONTA: 1000429 2 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.124/74, 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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, Teresina 17/02/2020

x Leaneida S. A. Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019



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 Mourao 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 ASSUNCAO

Nº: 2534

Bairro: ANGELIM

CEP: 64.040-530

Vínculo

Mãe

Envolvido(a)

Leaneida Shndertynne Almeida Silva

Tempo da Relação

0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)

Nome Civil: LEANEIDA SHNDERLYNNE ALMEIDA SILVA (VÍTIMA)

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 ASSUNÇÃO

Nº: 2534

Bairro: VILA IRMA DULCE

Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jose 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=20102809445384300000012085090>

Número do documento: 20102809445384300000012085090

Num. 12775762 - Pág. 37



Nº: 000237/2020

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motôneta
CPF/CNPJ do Proprietário	462.902.733-53	Placa	OUC9551
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	Envolvimentos		
MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA	Proprietário		

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

ASSINATURAS

Jose Milton Nunes Filho
agente de policia

Jose Milton Nunes Filho
agente de policia
Matricula 009070x

Responsável pela Atividade:

Maria Lida Santos de Almeida Silva
MARIA LIDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA

MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA

(Communicable)

Declaro para os devidos fins de direito que esta não constitui responder pelas informações acima apresentadas e que eu sou o único responsável pela presente declaração de que engem conforme consta nos Artigos 229 Constituição Brasileira e 341 Constituição Federal de 1988 do Juiz Conselheiro do Colégio Eleitoral Brasileiro.



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 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (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 SHANDERLYNNE 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 SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA

6 - CPF:

008.265.563.45

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

R. NSA DA ASSUNÇÃO

9 - Número:

2534

10 - Complemento:

11 - Bairro:

VILA IMA DULCE

12 - Cidade:

TERESINA

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64040-330

15 - E-mail:

86.99574.5685

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:

☒ R\$ 1.000,00 A R\$ 1.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00

☐ R\$ 2.501,00 A R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 A R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1950

0

CONTA:

1000429

2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

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:

TERESINA 17/02/2020

Leaneida S. A. Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019

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

BRADESCO0303202005000000000023701950000001000429337500 PAGO





Para contato
comercial, informe
o seu NÚMERO

SEU CÓDIGO

0661670-4

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 755 - CentroSul - Teresina - PI
CNPJ 06.040.740/0001-09 | Insc. Estadual 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 01-1
Regime especial de impostos autorizado pela SUTRZ DO/PI

Nº da Nota Fiscal 026704183

A Conta Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002

CONTA MÊS VENCIMENTO
SETEMBRO/2019 **01-10-2019**
CONSUMO (kWh) **591** TOTAL A PAGAR (R\$) **785,65**

MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA
R. NSA DA ASSUNÇÃO 2534 S/C VILA IRMA DULCE
CPF: 00046290273353
CEP: 64.040-530 - TERESINA

ROT: 3.001.23.08.039400

DADOS DA CRIÇÃO	DATA DE LEITURA
Atual: 40470	Atual: 03/09/2019
Anterior: 39879	Anterior: 02-08-2019
Constante de Multiplicação: 1,000	Próxima Leitura: 03-10-2019
Consumo Medido: 591	Emissão: 02-09-2019
Consumo Faturado: 591	Apresentação: 03-09-2019
Forma de Pagamento: NORMAL	Classe de Consumo: 32
Código de Regularização:	

Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código FIC	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A623014		1.1.1.1	501

RESUMO DO MÊS	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
AGO/19 425	CONSUMO 591 A R\$ 0,974683 =	576,03
JUL/19 509	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	46,47
JUN/19 540	DESC. S/MULTA PARCELAM.ES (2X)	2,54
MAI/19 449	DESC. S/JUROS PARCELAM.ES (2X)	11,14
ABR/19 464	DESC. S/COR.MON.PARCELA 18/120	2,81
MAR/19 479	PARCELAMENTO DE DEBITOS (2X)	179,64
FEV/19 555	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	23,62
JAN/19 452		
DEZ/18 323		
NOV/18 804		
TARIFA DEM TRIBUTOS:		
0 A 591 - 0,555310		

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$
07/2019 668,16

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10-09-2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SEREN. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 7.322,63 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 0206.4ED7.7810.20F1.9A97.FD89.06C6.A6E0

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	DESCRIÇÃO DE TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 113,26	Base de Cálculo: 576,03
Energia: 218,90	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 37,02	Valor do ICMS: 155,52
Encargos: 18,12	Valor do PIS: 1,40%
Tributos: 188,73	Valor do COFINS: 6,49%
	Valor do COFINS: 27,29

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
	ERC			FIC		
	Previd	Transm	Dist	Previd	Transm	Dist
Unidade	5,19	10,39	20,77	3,36	6,73	13,45
Qualidade	0,00			0,00		
Consumo	POLO					

ROT: 3.001.23.08.039400



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 755 - CentroSul - Teresina - PI
CNPJ 06.040.740/0001-09 | Insc. Estadual 19.301.383-5

SEU CÓDIGO
0661670-4
MÊS FATURADO
09/2019
VENCIMENTO
01-10-2019
Nº da Nota Fiscal: 026704183 FCAM

TOTAL A PAGAR - R\$
785,65

83600000007 2 85650017000 1 00000000661 9 67040919008 9



SEQ.: 00259 UC: 0661670-4 DT. LEIT.: 03/09/2019 T. ENTR.: 09
LEITURA: 40470 NORMAL TOTAL: 785,65 CARGA: 008
DT VENC: 01-10-2019 TRFEG: 1 000 COT FOR: 0311



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



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.ASP?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Luís Carlos Cunha Lima

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 01138007360, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Leandra Shanderlgeme Almeida Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.265.563-45

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidação Permanente da Vítima Leandra Shanderlgeme Almeida 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 Colombia</u>	Número: <u>3478</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Três Andares</u>	Cidade: <u>Terexina</u>	Estado: <u>RS</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64056570</u>	Tel.(DDD): <u>86</u> 9905-4054

Local e Data: Terexina 19/11/2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLRL001 V001/2017



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