

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Mensagens, Sistema, Audiências, PJE Consulta pr, PJE 0800362-34, Baixar o arq, (32) Whats, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=527663&ca=dbfbc00f955f679f4d35b4005b9090...

Navigation bar: PJE 0800362-34.2020.8.18.0149 AMANDA SOARES DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

Search bar: 13192546 - CONTESTAÇÃO (2766024 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 18/11/2020 10:01:28

Left sidebar (18 Nov 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 13192189 - CONTESTAÇÃO
 - 13192546 - CONTESTAÇÃO (2766024 CONTESTACAO 01)
 - 13192550 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 13192551 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 13192553 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
 - 13192556 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main content area (downloadBinario.seam):

2766024- C3/ 2020-04224/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO ÚNICO JEC DA COMARCA DE OEIRAS/PI

Page 1 / 8

System tray: PT, 10:01, 18/11/2020



Número: **0800362-34.2020.8.18.0149**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **JECC Oeiras Sede**

Última distribuição : **01/07/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
AMANDA SOARES DE SOUSA (AUTOR)		BENOAR FRANCISCO DE SOUSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13192 550	18/11/2020 10:01	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **AMANDA SOARES DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180523430**

Vítima: **AMANDA SOARES DE SOUSA**

Data do Acidente: **16/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180523430**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13576212

Pag. 01687/01688 - carta_01 - INVALIDEZ

00010844



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180523430 **Cidade:** São Miguel do Fidalgo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMANDA SOARES DE SOUSA **Data do acidente:** 16/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 618-786.413-10 Nome completo da vítima: AMANDA SOARES DE SOUSA

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

Nome completo: AMANDA SOARES DE SOUSA CPF: 618-786.413-10

Profissão: LAURADORA Endereço: LOCALIDADE - FONTE DE FÁTIMA Número: S/N Complemento: -

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SÃO MIGUEL DO FERTAL Estado: PAV CEP: 64.558-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 89-99430-8353

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

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome da BANCO: NORDESTE 07 NOV 2018

AGÊNCIA: 00007 CONTA: 32066-0 DPVAT

(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.

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 nº 6.194/74, art. 3º, § 2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Dicas - P. 05.11.18

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Amanda Soares de Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

11/2018





CrediAmigo

Bar

**CARTÃO
BLOQUEADO**

**Desbloqueie
e use já.**

Ligue agora

Capitais e
regiões metropolitanas

4020.0004

Demais localidades

0800 033 0004

Electronic Use Only



4712 3300 0071 3414

4258

VAL

12/20

AMANDA SOARES DE SOUSA

00037 000032066-0

Valid Only in Brazil

VISA

Empresarial Electron

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

07 NOV 2018

DPVAT

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/11/2020 10:01:27

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111810012728600000012477915>

Número do documento: 20111810012728600000012477915



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 308957.000039/2018-00

Unidade de Registro: 4º DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Etevaldo De Andrade Filho

Data/Hora: 26/10/2018 - 10:05

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DP DE SÃO MIGUEL DO FIDALGO

Data/Hora
16/06/2018 - 17:30

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
SÃO MIGUEL DO FIDALGO

Bairro
INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço
LOCALIDADE POLEIRO DE EMA, Nº:

Complemento
ZONA RURAL DE SÃO MIGUEL DO FIDALGO-PI

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: AMANDA SOARES DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 4.070.728 SSP PI

Mãe: MARIA FRANCISCA SOARES

Pai: ADÃO APRÍGIO DE SOUSA

Endereço: POVOADO FONTE DE FÁTIMA, Nº

Complemento: ZONA RURAL DE SÃO MIGUEL DO FIDALGO-PI

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: SÃO MIGUEL DO FIDALGO

Telefone(s): 89-9420-8353

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:
1 - HONDA: CG 125 FAN ES

Ano: Placa: Chassi:
2014 PGO4127 8C2JC4110ER401922

Cor:
00718529050 Vermelha

Condutor: AMANDA SOARES DE SOUSA

RG: 4.070.728 Órgão: SSP UF RG: PI

End: POVOADO FONTE DE FÁTIMA Número: Complemento: ZONA RURAL DE SÃO MIGUEL DO FIDALGO-PI

Cidade: SÃO MIGUEL DO FIDALGO UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: FRANCIMAR FERREIRA DE SOUSA

Cidade: PAES LANDIM UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

DECLARA a noticiante que, no dia 16/06/2018, por volta das 17:30h, trafegava pela PI-246, sentido São Miguel do Fidalgo a Paes Landim, conduzindo referida motocicleta, caracterizada acima; QUE em determinado trecho, mais precisamente, na Localidade Poleiro de Ema, zona rural de São Miguel do Fidalgo, bateu em um animal (JUMENTO), vindo a cair; QUE em decorrência da queda, sofreu fratura na perna direita, sendo em seguida socorrida por terceiros e encaminhada para a UBS - Unidade Básica de Saúde de São Miguel do Fidalgo, e em seguida transferida para o HRTN - Hospital Regional Iribério Nunes, em Floriano-PI, onde passou por procedimento cirúrgico; QUE NÃO POSSUI CNH. Era o que tinha a noticiar.

Etevaldo De Andrade Filho - Mat. 086702X
AGENTE DE POLÍCIA

AMANDA SOARES DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Antônio Nilton A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Mat. 271.222.7

Boletim de Ocorrência emitido em: 26/10/2018 09:05 - SisBO@2011-2018 ATI

Página 1/2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/11/2020 10:01:27

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111810012728600000012477915>

Número do documento: 20111810012728600000012477915

Num. 13192550 - Pág. 5



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 308957.000039/2018-00

Delegado de Polícia
Antônio Nilton A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Mat. 271.223-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 618-786-413-10 Nome completo da vítima: AMANDA SOARES DE SOUZA

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

Nome completo: AMANDA SOARES DE SOUZA CPF: 618-786-413-10

Profissão: AUXILIAR Endereço: LOCALIDADE - FONTE DE FÁTIMA Número: S/N Complemento: -

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SÃO MIGUEL DO FRA/GO Estado: PAV CEP: 64558-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 89-99420-8353

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NORDESTE

AGÊNCIA: 00037 CONTA: 32066-0

(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 no crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou inabilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da 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 contestação, caso discorde de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devir, 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 responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Expressão digitalizada e assinada pelo beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Lucas MA 05.11.18

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Amanda Soares de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

001/7018



NOME DO PACIENTE: Amenda de Sousa Soares

SEXO: F IDADE: 21/08/97 NATURALIDADE: PROFISSÃO:

NOME DA MÃE: Maria Francisca Soares

NOME DO PAI: Adão Aprigio de Sousa

ENDEREÇO: Rua Fonte de Latina

Nº DO REGISTRO:

DATA DO REGISTRO: 29/07/10

INSCRIÇÃO:

A.M.S.:

DATA	SERVIÇO PRESTADOS	RUBRICA DO RESPONSÁVEL
29/7/10	Consulta - (Diagnóstico) - Atendimento - Exame - Visita HB: 10,7 HT: 36% RU: normal CU: 5. Ferro +	
31/03/14	Procedimento de ovulação 8-JOAO	
26/8/14	10 - 100% de cura + cura - 100% de cura + cura - 100% de cura + cura - 100% de cura + cura	
25/6/14	100% de cura + cura 100% de cura + cura 100% de cura + cura 100% de cura + cura	
26/8/14	100% de cura + cura 100% de cura + cura 100% de cura + cura 100% de cura + cura	

Prefeitura Municipal de São Miguel do Fidalgo-PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA GERAL

REINALDO GRAFICA F. PAPELARIA FONE: (85) 3482-1791



NOME DO PACIENTE Amanda de Sousa Lopes					Nº DO REGISTRO	
SEXO F	E. CIVIL	DT. NASC. 21-03-97	NATURALIDADE	PROFISSÃO	DATA DO REGISTRO	
NOME DA MÃE					INSCRIÇÃO	
NOME DO PAI					A.M.S.	
ENDEREÇO Loc. Fonte de Fatima						

DATA	SERVIÇO PRESTADOS	RUBRICA DO RESPONSÁVEL
26/04/15	Consulta - (Diagnóstico) - Atendimento - Exame - Visita <i>Assessoria</i>	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
31/07/16	<i>Exame físico - normal</i>	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
25/05/17	Exame físico - normal	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
25/05/17	<i>Exame físico - normal</i>	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
23/06/17	<i>Dox. Peter de 12</i> <i>ECG normal</i> <i>AAI - 100% de taxa</i> <i>- D. prático em 100%</i>	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
07/11/17	<i>Og = 120 x 80 mmHg</i> <i>D. prático</i>	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419



Prefeitura Municipal de São Miguel do Fidalgo-PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA GERAL

NEVALDO GRACIA E MPELARIANE (08) 3482-701

Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de
São Miguel do Fidalgo
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ 02.744.546/0001-17



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AMANDA SOARES DE SOUSA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000032066-0

Nr. da Autenticação 0559A2606BFF77D2



AS. BARBOSA: 5883 - SAO JOAO DO PIRES
116 - SUPERMERCADO

Para contato com a
Petrobras, informe
este NÚMERO

SEU CODIGO

0475327-5

Nº de Nota Fiscal 012193937

A Yutis Social de Energia Elétrica - TSE Intercede
pela Lei nº 10.488 de 26 de abril de 2001

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	18/10/2018	83	69,22

ESTELINA BARBOSA SOARES
LC FONTE DE FATIMA S/N B-RURAL
CPF: 00074867350320
CEP: 64.558-000 - SAO MIGUEL DO FIDAO GO

ROT: 171.643.07.80.002560

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	12800	Atual:	11/09/2018
Anterior:	12876	Anterior:	12/11/2018
Consumo de Multiplicação:	83	Próxima Leitura:	08/10/2018
Consumo Medidor:	83	Emissão:	11/10/2018
Consumo Faturado:	NORMAL	Apresentação:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
RESIDENCIAL	MOMO	Capacidade	Medida 12 meses

CONSUMO	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	69,22

HISTÓRICO/2018	
AGO/18	83
JUL/18	73
JUN/18	77
MAI/18	75
ABR/18	66
MAR/18	86
FEV/18	84
JAN/18	81
DEZ/17	69

UNIDADE SEM TRIELTOS:
18 A 83 - 0.604830

CONFORME ART. 44 DO REGIMENTO INTERMUNICIPAL DE LEI
ORA SERÁ ALTERADO.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 09/10/2018, não constatarão faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

CC07.EA8F.7211.44B9.D05.9285.629F.FD02

RESERVADO AO FISCO		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
COMPOSIÇÃO DO LOTA - R\$		22,00%	
Distribuição:	0,00	Base de Cálculo:	15,22
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	0,68
Transmissão:	19,07	Valor do ICMS:	3,17
Encargos:		Valor do PIS:	
Tributos:		Valor do Cofins:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
6,57	13,74	27,48	3,80
0,00	0,00	0,00	0,00

SIMPLICIO MENDES

08/2018

IN CORRETORA
DE SEGUROS

07 NOV 2018

DPVAT





© Verfaegd by the Foreign Office - ECU for the United
Kingdom to all the other countries in 2001

ROT: 51.770.11.33.215800

NORJAL

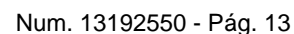
HISTÓRICO DE CONTAS **DESCRIÇÃO DA CONTA**

<p>TABLE 3 1994-95</p>	<p>TABLE 4 1994-95</p>
-------------------------------------	-------------------------------------

MENSAGENS IMPORTANTES / ARQUIVO DE MENSAGENS

... ..

DPVAT



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/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 COAF**².

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 RANGERE MARTINS SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.400.283 / 42
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Amanda Soares de Figueiredo inscrito
(a) no CPF sob o Nº 046.400.283 / 42, do sinistro de DPVAT cobertura AVIAÇÃO da Vítima
AMANDA SOARES DE FIGUEIREDO inscrito (a) no CPF sob o Nº 618.786.413 / 10, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ESTUDANTE Renda: RECURSO 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>AV. DOM. EXPEDITO LOPEZ</u>		Número <u>241</u>	Complemento <u>1</u>
Bairro <u>JEREMINHA</u>	Cidade <u>OCARA</u>	Estado <u>PAU</u>	CEP <u>64500-000</u>
Email <u>_____</u>	Telefone comercial(DDD) <u>_____</u>	Telefone celular (DDD) <u>81 99408-383</u>	

OCARA, 29 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

+ Rangere Martins Silva
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017

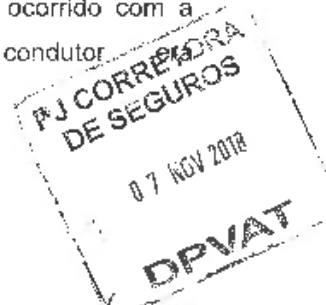


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCIMAR FERREIRA DE SOUSA,
 RG nº 2.604.265, data de expedição 01/04/2003
 Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 035.582.213-03, com
 domicílio na cidade de SÃO MIGUEL DO FIDALGO, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
LOCALIDADE - FERRERO - ZONA RURAL, nº 514
 complemento 12, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima AMANDA GARET DE SOUSA, cujo o condutor

AMANDA GARET DE SOUSA
 Veículo: PAS MOTO CICLO
 Modelo: HONDA - CG - 125 - FAN XS
 Ano: 2013
 Placa: P60-4127
 Chassi: 9C2 JCY 110ER 401922
 Data do Acidente: 16-06-2018
 Local e Data: PI, 16-06-2018



16-06-2018
REFUNDAR PIAUI - NO MUNICIPIO DE SÃO MIGUEL DO FIDALGO - PI

FRANCIMAR FERREIRA DE SOUSA
 Assinatura do Declarante

AMANDA GARET DE SOUSA
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

ORIGINAL

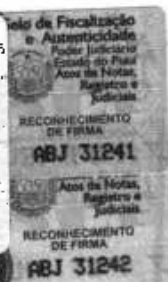
4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
 Rua Miguel Oliveira, 28A - Centro - Cuiabá - MT - (0669) 3462-1251 / 9-102 9315
 e-mail: cartorioevangelina@gmail.com

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE: AMANDA GARET DE SOUSA
 e FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA, DOU FE. EM TEST. VERDADE. DEIRAS-PI, 26/10/2018. Escal. 17,42 TJ:1,48 Selo:0,52
 Total: 9,42 Selo: ABJ.31241 ABJ.31242 (F60P51)

ELIVANE MOURIZ DE SA E SILVA-ESCREVENTE CONFISSADA

☐ EVANGELINA DE CARVALHO DA SILVA - TABELÃO ☒ ELIVANE MOURIZ DE SA E SILVA ☐ EVANGELINA MOURIZ DE SA SILVA

☐ ORLANDIA OLIVEIRA DE SOUSA



por AUTENTICIDADE



DATA	SERVIÇO PRESTADOS	RUBRICA DO RESPONSÁVEL
03/08/21	Consulta - (Diagnóstico) - Atendimento - Exame - Visita	
9:00 AM	Indicação de oclusor	
05/09/14	Exatidão c/ Exatidão	
	Outra - 40% = 30	
	Exatidão - 100%	
10/10/14	Exatidão c/ Exatidão	
	Exatidão - 100%	
02/11/14	Exatidão c/ Exatidão	
	Exatidão - 100%	
15/01/15	Exatidão c/ Exatidão	
	Exatidão - 100%	
11/08/15	Exatidão c/ Exatidão	
12:55	Exatidão - 100%	

CONTROLE DE VACINAÇÃO

VACINAS	1ª DOSE	2ª DOSE	3ª DOSE	REFORÇO
Anti-Pólio				
Tríplice				
Anti-Sarampo				
Toxóide Tetânico				
BCG Intradérmico				

Estado de Piauí

Prefeitura Municipal de

São Miguel do Fidalgo

Prefeitura Municipal de São

NPJ.02.744.546/0001



NOME DO PACIENTE Amanda de Sousa Soares					Nº DO REGISTRO
SEXO F	E. CIVIL	DT. NASC. 21.08.97	NATURALIDADE	PROFISSÃO	DATA DO REGISTRO
NOME DA MÃE					INSCRIÇÃO
NOME DO PAI					A.M.S.
ENDEREÇO Loc. Fonte de Fátima					

DATA	SERVIÇO PRESTADOS	RUBRICA DO RESPONSÁVEL
26/11/15	Consulta - (Diagnóstico) - Atendimento - Exame - Visita <i>Assess</i>	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
31/07/16	<i>Exame físico - normal</i> <i>Exame de urina - normal</i>	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
25/05/17	<i>Exame físico - normal</i> <i>Exame de urina - normal</i>	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
23/11/17	<i>Exame físico - normal</i> <i>Exame de urina - normal</i> <i>Exame de sangue - normal</i> <i>Exame de fezes - normal</i>	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
07/12/17	<i>Exame físico - normal</i> <i>Exame de urina - normal</i> <i>Exame de sangue - normal</i> <i>Exame de fezes - normal</i>	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419



Prefeitura Municipal de São Miguel do Fidalgo-PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA GERAL

Localidade de Fátima
Prefeitura Municipal de
São Miguel do Fidalgo-PI
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ 02.744.546/0001-20

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT



NOME DO PACIENTE <i>Amanda de Sousa Soares</i>				
SEXO <i>F</i>	NOME DO PAI <i>Adão Apregio de Sousa</i>	IDADE <i>21/08/97</i>	NATURALIDADE	PROFISSÃO
NOME DA MÃE <i>Maria Francisca Soares</i>				
ENDEREÇO <i>ba. Fonte de Latina</i>				

Nº DO REGISTRO
DATA DO REGISTRO <i>29/07/10</i>
INSCRIÇÃO
A.M.S.

DATA	SERVIÇO PRESTADOS	RUBRICADO RESPONSÁVEL
<i>27/7/10</i>	Consulta - (Diagnóstico) - Atendimento - Exame - Visita <i>HB: 10,7 Ht: 36°C RU: normal CU: 5. Ferro -</i>	
<i>31/03/11</i>	<i>Regressão do Ovário</i>	
<i>20/04/11</i>	<i>H. Pálida</i>	
<i>25/06/14</i>	<i>Mane nta</i>	
<i>26/8/14</i>	<i>10 - boudun + cae</i>	



Prefeitura Municipal de São Miguel do Fidalgo-PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA GERAL

Prefeitura Municipal de
São Miguel do Fidalgo
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ: 02.744.546/0001

REINADO GRÁFICA E PAPELARIA FONE (86) 3482-1791





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES

2385146

4 - CNES

2385146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
AMANDA SOARES DE SOUSA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
898002338809604

8 - DATA DE NASCIMENTO
21/08/1997

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
173468

9 - SEXO

Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 2

10 - NOME DA MÃE

MARIA FRANCISCA SOARES

11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9942-08353

12 - ENDEREÇO

MONTE DE FATIMA, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SAO MIGUEL DO FIDALGO

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
2210391

15 - UF
PI

16 - CEP
64558-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paracetamol 500mg a cada 6h
quadrante inferior do fêmur
2 H. fêmur 5.º grau

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Quadratura da coxa

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Radiografia Coxa IL -

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de fêmur

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

DPVAT

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Reparo cirúrgico de fratura de fêmur

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

ORTOPEDIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33869413387

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

17/06/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

40 - CNAE EMPRESA

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR

M220390901

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



BOLETIM DE ADMISSÃO

Atendimento:	1062225
Data:	17/08/2018
Hora:	7:37

173468 - AMANDA SOARES DE SOUSA

SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 21/08/1997 - 20 ANOS, 9 MESES, 27 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA	Enfermaria: E01- EXTRAS	Leito: EX38	Convênio: SUS
Escolaridade:	Médico: 2572 - CONEUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO	SIS Prenatal:	
CPF: 618.786.413-10	RG: 4.070.728 ssp -pi	C/N:	Bairro: ZONA RURAL
Endereço: MONTE DE FATIMA, N° 0 - CEP: 64558-000	Telefone: () -		
Cidade: 2210391- SAO MIGUEL DO	Profissão: LAVRADOR	Mãe: MARIA FRANCISCA SOARES	
Paí: ADAO PRIGIO DE SOUSA	Responsável: AMANDA SOARES DE SOUSA - () -- O MESMO		
Diagnóstico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO			

Diagnóstico Definitivo:

Diária de Acompanhante:

☐ Sim ☐ Não

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Removido
<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Pedido
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Evasão
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> Indisciplina

<input type="checkbox"/> -48 Horas
<input type="checkbox"/> +48 Horas
<input type="checkbox"/> Obito

Transferido

História Clínica

*Paciente vítima de queda de altura
sem fr. de fratura*

Diagnóstico Provável

Fr. de fêmur

PI CORRETORA
DE SEGUROS

07 NOV 2018

DPVAT

Celso Antônio Pereira da Silva
Cirurgião
CRM-PI 13135

CONEUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 23/08/2018
ASSIN.



Evolução Clínica

Atendimento	Paciente
1062225	AMANDA SOARES DE SOUSA
Nota sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudança de diagnóstico, condições a serem dadas nas altas, instruções ao paciente devendo toda anotação ser assinada pelo médico.	
Data/Hora	
	19/06/18 # Fx de fêmur D. (d) Jocc
	Celso Antônio Mendes Coimbra Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 3918 RBOC 3135
	HOSPITAL AMANDA SOARES FARMACIA GERAL COMISSÃO COORDINADORA 07 NOV 2018 DPVAT





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N
MANGUINHA - FLORIANO / PI - CEP: 64800-000
Telefone: (89) 3522-1489 | (89) 3522-1323
BOLETIM CIRURGICO

1062225 - AMANDA SOARES DE SOUSA

Data: 17/06/2018

Diag. Cirúrgico: fx de fêmur D.

Cirurgia: Redução Cirúrgica + Fixação

Descrição da Cirurgia: (1) Lavagem e debridamento do local da lesão;
(2) Anestesia + Antibióticos + Analgésicos e Dor Pós-Operatório;
(3) Acionamento do fêmur D.
(4) Redução Cirúrgica;
(5) Enroscagem com placa e parafusos;
(6) Enroscamento por placa;
(7) Curativo

Cirurgião: _____

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

Anestesista: _____

Anestesia:

☐ RAQUI

☐ CAUDAL

OUTRAS: _____

☐ GERAL

☐ TRONCULAR





SAÚDE
União do Estado
Saúde / SESAP



PIAUI
GOVERNO DO ESTADO



HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES LISTA DE VERIFICACAO DE CIRURGIA SEGURA CHECK LIST PRE-OPERATORIO

do Cliente: Amrinda Saz de Siqueira

Data de nascimento: 28/08/97

Idade: 173468

Enf/ Leito: 34/19

Data do Procedimento: 19/08/18

Alimento Cirúrgico: Ex jejum

ra de Identificação: (X) Sim () Não Horário SSVV: _____ T: 36.5°C FC: 115 bpm FR: 19 irpm PA: 100/60 mmHg

via Capilar: _____ mg/dl Acesso Venoso: (X) Periférico () Central (especificar local, calibre e nº de dias) M8 / Nº

() SNE () Drenos (especificar): _____ Jejum (X) Sim () Não A partir das: _____

São Pré-Anestésica: () Sim (X) Não Avaliação Cardiológica: () Sim (X) Não Utiliza Anticoagulante: () Sim (X) Não Último horário: _____

Antiséptico: (X) Sim () Não Adornos Retirados: (X) Sim () Não Utiliza Prótese Dentária: () Sim (X) Não Retirada: (X) Não

Tricotomia: () Sim (X) Não Camisola, gorro e pro-pés: (X) Sim () Não

Exames essenciais disponíveis: (X) Sim () Não 2X

Horário Profilático: () Sim () Não Horário: _____ Hora do Encaminhamento ao CC: 13:44

Arquivo completo com ficha de internação (X) Sim () Não

RVAÇÕES:

Assinatura e carimbo:

ENFERMEIRO

Participa: Cláudia Gualberto de P. Lopes

TÉCNICO OCUPACIONAL E INFERRMAGEM



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

Enviado on-line p/ RESERVA

NOME <u>Amanda Soares da Silva</u>		ALA	ENF. OU ART.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>18/06/18</u>		HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIFÉRENT	<u>Dueto Zero</u>				As 10:00 colado no tornozelo da perna
02. JELCO HIDROLISADO					perna ressurta ao 115. Marlene Chelly Cunha de F. Técnica de enfermagem. COREN-PI: 802.276
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		18	06		As 12:00 Paciente segue no leito
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		18	18		Obst. calma orientada, consciente, sem
05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		18	18		queixas. Unificada PA: 100x80mmHg
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		18	18		Paciente segue aguardando cirurgia
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) //		18	18		Parência Chelly Cunha de F. Técnica de enfermagem. COREN-PI: 802.276
08. CEFEXAME 400MG - 01 AMP-SC 12/12 HORAS (SUSPENSÃO)					As 16:24 paciente admitida no
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) //					Sector para procedimento de
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					fixação de fratura de fêmur, com
11. CURATIVO					ciente, orientada, avp em M.S.E.
12. SSW + GCGG					SVU: PA: 127x77 mmHg; SpO2: 98%;
13. Dueto Zero		06	18		P. 92 bpm
14. Heparina 500 VE 0,25ml					Ar 22:00h paciente admitido
15. XANAX					na S.E.A., sob efeitos anestésicos

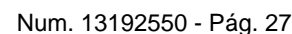
Caso: AMORIO NUNES ZAMBRA
 ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-PI: 1415 150 1515



4449

RECEIVED FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
WASHINGTON, D.C. 20535
CONFIDENTIAL
DATE 2/21/80
BY SP-10 J. J. [illegible]

774 6050. 6052



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

OME	ALA	ENF. OU ART.	LEITO	ORTOPEDIA
ATA 20/06/19		19		
Dr. João Soares				
PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
DIETA LIVRE			A 10:30h: pool segue	
JELOO HIDROLISADO			no leito e reabrir a medicação	
RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			A 15h: queda de 14,5 para 14,0	
CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			com suco de laranja	
DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			A 15:38: Vem a medicação	
TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			A 15:38: 5L: Administração	
TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)			a medicação do item 19.05.	
GLEAXANE 40MG - 01 AMP SC 1x/DIA			A 20:33: PA 140x70 mmHg	
PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)			pressão 155x113 mmHg	
CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
CURATIVO				
SSV + GCGG				
Depositar 1000 und SC				
Dr. João Soares				
Ortopedia Traumatologia				



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"
CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: Amanda Soares de Sousa Reg. Same _____
Cirurgia: Fixação de fratura de fêmur Sala: _____
Cirurgião: Dr. Celso Auxiliar: Dr. Alexandre
Instrumentador: Lindoval Circulante: Fernando e Dagmar
Data: 19 / 06 / 18 Início: 16:24 Término: _____ Duração: _____

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	P.UNIT.	SUB. TOTAL
01	ADRENALINA				
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA				
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	CECILANIDE- <i>Autor</i>		<i>01 amp.</i>		
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO <i>Tibit</i>		<i>01 amp.</i>		
11	CEFALOTINA 1g				
12	CLORAFENICOL <i>Apzphus</i>		<i>02 amp.</i>		
13	DECADRON		<i>01 amp.</i>		
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTIL		<i>01 amp.</i>		
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL <i>Isiphus</i>		<i>02 amp.</i>		
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATOME ML				
24	INOVAL <i>Autor</i>		<i>01 amp.</i>		
25	KETALAR				
26	METROMIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OCITOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGIMINE				
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO		<i>08 foras</i>		
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				
42	VITAMINA K				



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <u>Amendo Soares da Sousa</u>						Registro: _____		
Enf.: _____		Leito: _____		Apto.: _____				
Data <u>13/06/18</u>	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura		
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinetria	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Dos. Urêla		
Exame de Urina								
Função Respiratória								
Sistema Circulatório				Eletrocardiograma				
Sistema Respiratório				Assina		Bronquite		
Sistema Digestivo				Sistema Urinário				
Estado Mental				Corticóides		Atarácicos		
Diagnóstico Pré-Operatório				Risco		Outros		
Pré-Medicação (Agentes e Doses)				Aplicado As:		Efeitos:		
Agentes Anestésicos		Oxigênio	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 99% 98% 98% 98% </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 150 150 150 150 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 36 36 36 36 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 34 34 34 34 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 32 32 32 32 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 30 30 30 30 </div>				TOTAL DE DOSES	
QUANTO		Soluto 500 400 300 200 Outros 100					Supracor Morfina 8g Cepzalino 2g Diprivo 2g SEQUÊNCIA	
Temperatura T°		C					Oximetria Endotetura Tubulol olg gestil 02	
P. Arterial V A Pulso		38 36 34 32 30					DURAÇÃO	
Início e Fim Anestesia X		150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10	Dr. Tibério Nunes Anestesiologista CRM-PI 6665					
Início e Fim Operação		38 36 34 32 30	Incidentes - Acidentes					
Respiração		30 20 10						
SÍMBOLO								
Técnica:								





BIOSÍNTESE

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

MATRIZ

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

FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1006/1009
Cond. Metropolitan Market Place - Calfat
CEP 65.071-380 • Fone: (55 98) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-6
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosinteseprima.com.br

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

Nome do Hospital:

Regional Tereza Lima

C.N.P.J.

05.553.564/0003.62

Assinatura

Dr. Rub de Alencar

Cargo

Presidente

Nome

Código Ropm Nº

DESCRIÇÃO DO MATERIAL

LWB15006322040105	1	Placa Ret. de Furo Longa
L098855B	1	Paraf. cort. Par. 1,75 4,5X36
L099865	1	Paraf. cort. Par. 1,75 4,5X30
L094965B	1	Paraf. cort. Par. 1,75 4,5X34
L094955B	3	Paraf. cort. Par. 1,75 4,5X32

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

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 14/06/2018

DATA DA ALTA: / /

PACIENTE - Nome:

Amazulha Lous de Almeida

Nº AIH:

Nº do Prontuário:

143468

Data da Internação: 16/06/18

Procedimento Médico Realizado:

Indicador de Compatibilidade:

Dr. Celso Antônio Mendes Colimbo
Cirurgião de Mão e Braço
CRM 1204523135

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome:

CRM Nº



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.070.728 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/06/14

NOME AMANDA SOARES DE SOUSA

FILIAÇÃO MARIA FRANCISCA SOARES
ADÃO APRÍGIO DE SOUSA

NATURALIDADE SÃO JOÃO DO PIAUI-PI DATA DE NASCIMENTO 21/08/1997

DIG. ORDEM CERT.NASC. 6982 L A06 F 120V

EXP PAES LANDIM-PI 30/06/88

TERCEIRA - PI 618.786.413-10 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83 - DECRETO Nº 88.280/83

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

07 NOV 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - LOCAL DE DENIS MARTINS

0416111

ASSINATURA DO TITULAR

AMANDA SOARES DE SOUSA

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1554733950

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554733950

Nome: **RANIERE MARTINS SILVA**

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR: **3164096 SSP PI**

CFF: **046.400.283-42** DATA NASCIMENTO: **19/10/1990**

FILIAÇÃO:
JOSE DE RIBAMAR SANTOS SILVA
EDILEUSA MARINHO MARTINS SILVA

PERMISSÃO: **AB** ACC: **AB** CAT. HAB: **AB**

Nº REGISTRO: **05841045485** VALIDADE: **02/01/2023** Nº HABILITAÇÃO: **31/07/2013**

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Portador: *Raniera Martins Silva*

LOCAL: **DEIRAS, PI** DATA DE EMISSÃO: **11/01/2018**

Assinatura do Emissor: *[Assinatura]* 14180954844
PI320106570

PIAUI

CORRETORA
DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT



DPVAT

Num. 13192550 - Pág. 34

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras da forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: AMANDA SOARES DE SOUZA
 Nacionalidade: BRASILEIRA
 Estado Civil: SOLTEIRA
 Identidade: RG-4.070.728 - SSP - PI
 CPF: 618.780.413-10
 Profissão: LABORALISTA
 Endereço: POVOADO - FONTE DE FÁTIMA - ZONA RURAL
 CEP: 64.558-000 - São Miguel do Fimbo - PI
 Telefone: (99) 99420-8356 - 89-99456-2925

OUTORGADO:

Nome: RAFAELLE MARTINS SILVA
 Nacionalidade: BRASILEIRA
 Estado Civil: SOLTEIRA
 Identidade: RG-3.164.096-SSP-PI
 CPF: 046.400.282-42
 Profissão: EMPREGADA
 Endereço: AV. BOM-ESPÉRITO LDB-241 - JUREMA
 CEP: 64.500-000 - ODESSA - PI
 Telefone: (99) 99408-3583

ORIGINAL

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

vítima: AMANDA SOARES DE SOUZA

ODESSA, 26 DE OUTUBRO DE 2018
 Local e data

AMANDA + Amanda Soares de Souza

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

PJ CORRETORA
 DE SEGUROS
 07 NOV 2018
 DPVAT

4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro CMI e Anexos
 Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - Oeiras - PI - (089) 3462-1251 / 9402-9316
 e-mail: carlosvangelina@gmail.com
 RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE AMANDA SOARES DE SOUZA
 DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Oeiras-PI, 26/10/2018.
 Esp. 1: 3,71 T3: 0,74 Telo: 0,26 Total: 4,71 Selos: ABJ.31240 (F60P5)
 ELIVANE NEURIZ DE SA E SILVA-ESCREVENTE COMPROVADA
☐ ELIVANE NEURIZ DE SA E SILVA - TABELA ☒ ELIVANE NEURIZ DE SA E SILVA ☐ ELIVANE NEURIZ DE SA E SILVA

COMARCA DE Oeiras
 Ofício de Fiscalização e Autenticidade
 Poder Judiciário
 Fórum de Oeiras
 Assessoria de Apoio
 Registro e Arquivo
 RECONHECIMENTO DE FIRMA
 ABJ 31240



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404489/18
Vítima: AMANDA SOARES DE SOUSA
CPF: 618.786.413-10
Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/06/2018
CPF de: Próprio
Titular do CPF: AMANDA SOARES DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RANYERE MARTINS SILVA : 046.400.283-42

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

AMANDA SOARES DE SOUSA : 618.786.413-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/11/2018
Nome: RANYERE MARTINS SILVA
CPF: 046.400.283-42

RANYERE MARTINS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

