

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

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

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

Header: **PJE** PJEC 0800362-34.2020.8.18.0149 AMANDA SOARES DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

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

Left Panel (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



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

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
13192550	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

Pag. 01687/01688 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 13576212



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 - OSTEOSSÍNTESE 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: LAVRADORA Endereço: LOCALIDADE - FONTE DE FATIMA Número: S/N Complemento: - / -

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SÃO MIGUEL DO FERTALDO Estado: PAUÍ 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).

DADOS CADASTRAIS

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

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

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 da BANCO: NORDESTE

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

AGÊNCIA: 00037 CONTA: 32066-0 DPVAT
(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 **assinale 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

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 - Pi. 05.11.18

Nome: _____ CPF: _____
(* Assinatura de quem assina A ROGO)

Amanda Soares de Sousa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(* 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

Electronic Use Only



CARTÃO BLOQUEADO

Desbloqueie e use já.

Ligue agora

Capitais e regiões metropolitanas

4020.0004

Demais localidades

0800 033 0004

4712 3300 0071 3414

4258

VAL

12/20

AMANDA SOARES DE SOUSA

00037 000032066-0

Valid Only in Brazil



Empresarial Electron

PJ CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT

Scanned by CamScanner





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 9C2JC4110ER401922

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 Ibirio 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
AMANDA SOARES DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Antônio Nilton A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Matel 271 2227





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~~

MJ CORRETORA
DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT



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: _____ CP: 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 FATIMA Número: S/N Complemento: _____

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SÃO MIGUEL DO FRAILDO Estado: PAVÃO CEP: 64558-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 89-994208353

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, com fôrme 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: NOROESTE

AGÊNCIA: 00007 CONTA: 32066-0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informado, 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 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, considerando, 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 nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

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

(* 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.

001/7018



NOME DO PACIENTE: Amanda de Sousa Soares

SEXO: F E. CIVIL: solteira IDADE: 21/08/97 NATURALIDADE: _____ PROFISSÃO: _____

NOME DA MÃE: Maria Francisca Soares

NOME DO PAI: Adão Aprígio de Sousa

ENDEREÇO: Rua Fonte de Fátima

Nº DO REGISTRO: _____

DATA DO REGISTRO: 29/10/10

INSCRIÇÃO: _____

A.M.S.: _____

DATA	SERVIÇO PRESTADOS	RUBRICA DO RESPONSÁVEL
<u>29/10/10</u>	Consulta - (Diagnóstico) - Atendimento - Exame - Visita <u>HB: 10,7 Ht: 36° RU: normal</u>	
<u>31/03/14</u>	<u>Proposição de ovulação</u> <u>8-JOÃO</u>	
<u>26/08/14</u>	<u>10 - 1000 duq + Coar</u> <u>1 - 1000 duq + Coar</u> <u>1 - 1000 duq + Coar</u>	
<u>25/16/14</u>	<u>Mare nigr</u> <u>em urina: colhida para registro</u> <u>logo que vier, com ambrós</u>	

Dimitri Alton Sanchez
RMS nº 220077
MÉDICO

Rogério Palmira Azeiteiro
Ginecologia e Obstetrícia
CRM nº 3305



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

Rogério Palmira Azeiteiro
Ginecologia e Obstetrícia
CRM nº 3305

FICHA GERAL

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

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



TSE DO PACIENTE

Amanda de Sousa Lopes

SEXO F	E. CIVIL	DT. NASC. 21-03-97	NATURALIDADE	PROFISSÃO
NOME DA MÃE				
NOME DO PAI				
ENDEREÇO <i>Loe Fonte de Fatima</i>				

Nº DO REGISTRO
DATA DO REGISTRO
INSCRIÇÃO
A.M.S.

DATA	SERVIÇO PRESTADOS	RUBRICA DO RESPONSÁVEL
<i>26/11/15</i>	<i>Consulta - (Diagnóstico) - Atendimento - Exame - Visita</i>	<i>Dr. Francisco das Chagas Silve</i> MÉDICO CRM-PI 1419
<i>31/07/16</i>	<i>Exame físico - 1 hora</i>	<i>Dr. Francisco das Chagas Silve</i> MÉDICO CRM-PI 1419
15/05/17	Exame físico - 1 hora	Dr. Francisco das Chagas Silve MÉDICO CRM-PI 1419
<i>25/05/17</i>	<i>Exame físico</i>	<i>Dr. Francisco das Chagas Silve</i> MÉDICO CRM-PI 1419
<i>23/11/17</i>	<i>Doc. médico digital ET 6 - 1 hora</i>	<i>Dr. Francisco das Chagas Silve</i> MÉDICO CRM-PI 1419
<i>02/12/17</i>	<i>Doc. médico digital ET 6 - 1 hora</i>	<i>Dr. Francisco das Chagas Silve</i> MÉDICO CRM-PI 1419

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

FICHA GERAL

Estado de ~~Piauí~~
Prefeitura Municipal de
São Miguel do Fidalgo
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ 02.744.546/0001-47

INJ CORRETORA
DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT

REVALUO GRAFICA E IMPELARIA FONE: (085) 3482-7011



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



AG. BARBESSEI 5889 - SAO JOAO DO PIRES
116 - SUPERMERCADO

SEU CODIGO
0475327-5

Nº de Nota Fiscal 012193937

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:	12876	Atual:	11/10/2018
Anterior:	83	Anterior:	12/11/2018
Consumo de Multiplicação:	83	Proxima Leitura:	08/10/2018
Consumo Mensal:	83	Emissao:	11/10/2018
Consumo Faturado:	NORMAL	Apresentacao:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
RESIDENCIAL MONO

CONSUMO ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA

Mês	Consumo (KWh)
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

INÍCIO SEM TRIÊNIO: 18 A 83 - 0.604830

CONFORME ART. 44 DO REGULAMENTO GERAL DE SERVIÇOS DE ENERGIA ELÉTRICA, O PREÇO DE VENDIMENTO DE LULA SERÁ ALTERADO.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Até o dia 09/10/2018, não constatarão faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

CC07.EA8F.7211.44B9.DES.9285.629F.FD82

IN CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT

RESERVADO AO FISCO		IMPOSTOS/TRIBUTOS	
COMPOSICAO DO LULA - R\$		R\$	
Distribuição:	0,00	Base de Cálculo:	15,22
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	0,68
Transmissão:	19,07	Valor do ICMS:	3,17
Franquia:		Valor do IPTU:	
Tributos:		Valor do CUPOM:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

6,57	13,74	27,48	55,00	7,00	15,20	9,97
0,00		0,00			0,00	

SIMPLICIO MENDES 08/2018





Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1185343-3

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARÁ
Av. Maranhão 739 - Centro Sul - Belém - PA
RTP: 06 065 343301 29 (Voz) 065 3433 101-5
Unidade Fiscal: Centro de Energia Elétrica - Sétor D-1
Regime especial de pagamento autorizada pela SELIC 06/98

Nº da Nota Fiscal 012873363

A Tarifa Especial de Energia Elétrica - TSEE Belém está sob a Lei nº 10.438 de 26 de Abril de 2003

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	24/10/2018	149	134,17

RANYFRE MARTINS SILVA
AV DOM EXPEDITO LOPES 241 DETRAS NOVA
CPF: 600034640028342
CEP: 64.500.000 - DETRAS

ROT: 61.770.11.33.118800

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual	Anterior	Atual	Anterior
11870	11721	16/10/2018	14/09/2018
Constante de Multiplicação: 1,000		Próxima Leitura: 16/11/2018	
Consumo Medido: 149		Faturado: 15/10/2018	
Consumo Faturado: 149		Apresentado: 16/10/2018	

NORMA: NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Categoria: Residência; Tipo de Serviço: Energia Elétrica; Nome: RANYFRE MARTINS SILVA; Endereço: AV DOM EXPEDITO LOPES 241 DETRAS NOVA; CEP: 64.500.000; Cidade: DETRAS; Estado: PA; Município: DETRAS; UF: PA; País: BRASIL

MÊS	Consumo kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	Valor R\$
SET/18	140	CONSUMO	149 A R\$ 0,834032 = 124,27
AGO/18	151	CONTR. ILUMINAÇÃO PÙB. (COZIP)	9,90
JUL/18	125	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	7,44
JUN/18	138		
MAI/18	140		
ABR/18	128		
MAR/18	122		
FEV/18	120		
JAN/18	127		
DEZ/17	97		

TARIFAS SEM TRIBUTOS: PA 119 - 0,663660

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Descrição
09/2018	125,95	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/08/2018, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor no SERVIC, informamos ainda existirem contas vencidas e/ou reavaliadas no valor de R\$ 177,25 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

#J CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018
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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu RANGERE MARTINS SILVA inscrito (a) no CPF/KNPJ 016.400.283 / 42
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Amanda Soares de Souza inscrito
(a) no CPF sob o Nº 046-400.283 / 42, do sinistro de DPVAT cobertura AVIA TDE2 da Vítima
AMANDA SOARES DE SOUZA 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.

ORIGINAL

Endereço		Número	Complemento
<u>AV. DOM. EXPEDITO LOPEZ</u>		<u>244</u>	<u>- 1</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>JUREMINHA</u>	<u>OCUPAZ</u>	<u>PAU</u>	<u>64.500.000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u></u>	<u></u>	<u>81 99408-383</u>	

OCUPAZ de 29 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

Rangere Martins Silva
Assinatura do Declarante



DLDR.L001 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 - FERRO - ZONA RURAL, nº 514
complemento ---, 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 SOARES DE SOUSA, cujo o condutor
AMANDA SOARES DE SOUSA

Veículo: PAG 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



DESTRANCAO PIAUI - NO MUNICIPIO DE SÃO MIGUEL DO FIDALGO - PI 16/06/18



Francimar Ferreira de Sousa
Assinatura do Declarante

ORIGINAL

Amanda Soares de Sousa
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
Rua Miguel Cláudio, 286 - Centro - Oitavas - 11 - (0689) 3462-1251 / 9-102 9315
e-mail: cartorioevangelina@gmail.com

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE: AMANDA SOARES DE SOUSA e FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA, DOU FE. EM TESTAMENTO VERBADE. OITAVAS-PI, 26/10/2018. Escal. r.7,42 TJ:1,48 Selato:52 Total:9,42 Selp:ABJ.31241 ABJ.31242 (F6UP5)

ELIVANE ROBRIZ DE SA E SILVA-ESCREVENTE DIFERENCIADA

EVANGELINA DE CARVALHO DA FREITAS - TÁBULA ELIVANE ROBRIZ DE SA E SILVA EVANGELINA ROBRIZ DE SA SOUSA GILMARA OLIVEIRA DE SOUSA

COMARCA DE OITAVAS
OFICINA DE REGISTRO CIVIL E ANEXOS
Rua Miguel Cláudio, 286 - Centro - Oitavas - 11 - (0689) 3462-1251 / 9-102 9315
e-mail: cartorioevangelina@gmail.com

Rele de Fiscalização e Autenticidade Poder Judiciário Estado do Piauí Área de Notas, Registro e Judiciais
RECONHECIMENTO DE FIRMA
ABJ 31241
Área de Notas, Registro e Judiciais
RECONHECIMENTO DE FIRMA
ABJ 31242

por AUTENTICIDADE



DATA	SERVIÇO PRESTADOS	RUBRICA DO RESPONSÁVEL
03/08/21	Consulta - (Diagnóstico) - Atendimento - Exame - Visita	
9:00 AM	Inspeção de orelhas	
05/09/14	Exame de vista	
	Outros exames = 30	
	Exame de vista	
10/09/14	Exame de vista	
	Exame de vista	
27/09/14	Exame de vista + Exame de audição	
15/04/15	Exame de vista	
21/08/15	Exame de vista	
12:55	Exame de vista	

Dr. Francisco das Chagas Silva
MÉDICO
CRM-PI 1419

CONTROLE DE VACINAÇÃO

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

19/04/15 Dos MAMARIQ
Us MARIAS = MARIAS

Dr. Francisco das Chagas Silva
MÉDICO
CRM-PI 1419

Estado de Piauí
Pereira Municipal de
São Miguel do Fidalgo
Pereira Municipal de Saúde
CNPJ 02.744.546/0001-00



TÍTULO DO PACIENTE Amanda de Sousa Lopes

SEXO F	E. CIVIL	DT. NASC. 21.08.97	NATURALIDADE	PROFISSÃO
NOME DA MÃE				
NOME DO PAI				
ENDEREÇO Loo Fonte de Fátima				

Nº DO REGISTRO
DATA DO REGISTRO
INSCRIÇÃO
A.M.S.

DATA	SERVIÇO PRESTADOS	RUBRICA DO RESPONSÁVEL
26/11/15	Consulta - (Diagnóstico) - Atendimento - Exame - Visita Asteroides	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
31/07/16	Exame de Urina - Urina Exame de Urina - Urina	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
25/05/17	Exame de Urina - Urina	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
25/05/17	Exame de Urina	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
23/11/17	Doxyciclina 100mg Eto 60mg AAS - 100mg 2x/dia - Dipirona 500mg	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
02/11/17	Dg = 120x80 mmHg Eobritina	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419

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

FICHA GERAL

Estado de Piauí
Prefeitura Municipal de
São Miguel do Fidalgo-PI
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ 02.744.546/0001-23

BU CORRETORA
DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT



NOME DO PACIENTE: Amanda 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: ba. fonte de Laterra

Nº DO REGISTRO: _____

DATA DO REGISTRO: 29/07/10

INSCRIÇÃO: _____

A.M.S.: _____

DATA	SERVIÇO PRESTADOS	RUBRICA DO RESPONSÁVEL
<u>7/7/10</u>	Consulta - (Diagnóstico) - Atendimento - Exame - Visita <u>Hb: 10,7 Ht: 36° C</u> <u>RU: normal</u> <u>U: S. Ferro - A</u>	
<u>31/03/11</u>	<u>Regressão do Ovário</u>	
<u>20/06/11</u>	<u>Uterino At. em Sanguinização</u>	
<u>26/08/14</u>	<u>Mamografia</u> <u>ex. ultra: colito sem sinais</u> <u>Uter. quaternário, com sinais</u>	
<u>26/08/14</u>	<u>10 - f. o. uterino + ca. + ca.</u> <u>1 - f. o. uterino + ca.</u> <u>1 - f. o. uterino + ca.</u>	



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

FICHA GERAL

Estado de PI
Prefeitura Municipal de São Miguel do Fidalgo
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ. 02.744.546/0001

REINUNDO GRÁFICA E PAPELARIA FONE (88) 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

2 - CNES: 2385146

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

4 - CNES: 2385146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: AMANDA SOARES DE SOUSA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 173468

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 898002338809604

8 - DATA DE NASCIMENTO: 21/08/1997

9 - SEXO: M F

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: SÃO MIGUEL DO FIDALGO

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 2210391

15 - UF: PI

16 - CEP: 64558-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente apresenta a manifestação de dor no membro superior esquerdo desde o ferimento de 10 dias atrás

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

lesão de pele

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

Exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: *Fratura de rádio*

21 - CID PRINCIPAL: *S71.3*

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: *curativo e órtese*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA: ORTOPEdia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO: () CNS (x) CPF: 33869413387

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: CONEUNDES 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)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

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

45 - CODUMENTO: () CNS (x) CPF: 078.977.823-87

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 23/10/2018



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

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0
FLORIANO/PI

Nº AIP
CARLEJA

BOLETIM DE ADMISSÃO

173468 - AMANDA SOARES DE SOUSA

SÓLTEIRO(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

CPF: 618.786.413-10 RG: 4.070.728 ssp -pi C/N: SIS Prenatal:

Endereço: MONTE DE FATIMA, N° 0 - CEP: 64558-000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2210391- SAO MIGUEL DO Profissão: LAVRADOR Telefone: () -

Paí: ADAO PRIGIO DE SOUSA Mãe: MARIA FRANCISCA SOARES

Responsável: AMANDA SOARES DE SOUSA - () -- O MESMO

Diagnóstico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Diária de Acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Resultado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado	Adm.: / / <input type="checkbox"/> Removido <input type="checkbox"/> Pedido <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> Indisciplina	Alta: / / <input type="checkbox"/> -48 Horas <input type="checkbox"/> +48 Horas <input type="checkbox"/> Obito
	Transferido		

História Clínica

*Paciente vítima de queda de altura
no 1º andar de 15m*

Ex de Jansen

PI CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT

Celso Antônio de Jesus
Cirurgião
CRM-PI 13135

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

CONEUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO



Evolução Clínica

Atendimento: 1062225 Paciente: 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
	# Rx de Jansen D.
	(d) JOCC

Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 3918 / RDT: 3135

HOSPITAL ASSUNÇÃO TRIPOLI
Especialidade: FISIOTERAPIA
Cirurgião: CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA
RDT: 3135

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
07 NOV 2018
OPVAT





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: Ex de fêmur D.

Cirurgia: Redução Cirúrgica + Fixação

Descrição da Cirurgia: (1) Paciente em decúbito dorsal sob supervisão.
(2) Anestesia + Antibióticos específicos e lavagem letal
(3) Acesso ao fêmur D.
(4) Redução Cirúrgica
(5) Enroscagem com placa e parafusos;
(6) Fechamento por planos
(7) Curativo

Cirurgião: Celso Antonio Mendes Coimbra

*Celso Antonio Mendes Coimbra
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI: 2918 REG: 13235*

Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

Anestesista: _____

Anestesia:

RAQUI

GERAL

CAUDAL

TRONCULAR

OUTRAS: _____

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 FLORIANO - PIAUI
 CONFERE COM O ORIGINAL
 DATA 23/06/2018
 ASSIN. [Assinatura]



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

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 23/01/2018
ASSIN.

Nome Aracilde Soares Soares
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA 17/06/18

NOME	ALTA	ENF. OU APT.	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
				HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (SIN)					
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SIN)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL, se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSW + GCGG					
<p>Dr. <u>Ednan Soares Coutinho</u> Assinatura Médica</p> <p><u>Ednan Soares Coutinho</u> Assinatura Médica</p>					

05 22hs verificado PA -
90 x 60 mmHg. Diminuída

Ednan Soares Coutinho

Dr. Ednan Soares Coutinho
Assinatura Médica



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

Enviado on-line p/ RESERVA

NOME	ALA	ENF. OU ART.	LEITO	ORTOPEDIA
DATA	HORÁRIO		MEDICAÇÃO	
01. <u>América Soares de Sousa</u>				
02. <u>18/06/18</u>				
03. <u>Febre</u>				
04. <u>JELCO HIDROLISADO</u>				
05. <u>RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS</u>				
06. <u>CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</u>				
07. <u>DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</u>				
08. <u>TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS</u>				
09. <u>TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) /</u>				
10. <u>CELEXAME 40MG - 01 AMP - SC - TARDIA (suspenso)</u>				
11. <u>PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) /</u>				
12. <u>CAPTOPRIL 25 mg SL, se PA > 160x110 mmHg</u>				
13. <u>Curativo</u>				
14. <u>SSW + GCGG</u>				
15. <u>Duoda Care</u>				
16. <u>Exame de urina</u>				
17. <u>Exame de sangue</u>				
18. <u>Exame de fezes</u>				
19. <u>Exame de secreções</u>				
20. <u>Exame de secreções</u>				
21. <u>Exame de secreções</u>				
22. <u>Exame de secreções</u>				
23. <u>Exame de secreções</u>				
24. <u>Exame de secreções</u>				
25. <u>Exame de secreções</u>				
26. <u>Exame de secreções</u>				
27. <u>Exame de secreções</u>				
28. <u>Exame de secreções</u>				
29. <u>Exame de secreções</u>				
30. <u>Exame de secreções</u>				
31. <u>Exame de secreções</u>				
32. <u>Exame de secreções</u>				
33. <u>Exame de secreções</u>				
34. <u>Exame de secreções</u>				
35. <u>Exame de secreções</u>				
36. <u>Exame de secreções</u>				
37. <u>Exame de secreções</u>				
38. <u>Exame de secreções</u>				
39. <u>Exame de secreções</u>				
40. <u>Exame de secreções</u>				
41. <u>Exame de secreções</u>				
42. <u>Exame de secreções</u>				
43. <u>Exame de secreções</u>				
44. <u>Exame de secreções</u>				
45. <u>Exame de secreções</u>				
46. <u>Exame de secreções</u>				
47. <u>Exame de secreções</u>				
48. <u>Exame de secreções</u>				
49. <u>Exame de secreções</u>				
50. <u>Exame de secreções</u>				
51. <u>Exame de secreções</u>				
52. <u>Exame de secreções</u>				
53. <u>Exame de secreções</u>				
54. <u>Exame de secreções</u>				
55. <u>Exame de secreções</u>				
56. <u>Exame de secreções</u>				
57. <u>Exame de secreções</u>				
58. <u>Exame de secreções</u>				
59. <u>Exame de secreções</u>				
60. <u>Exame de secreções</u>				
61. <u>Exame de secreções</u>				
62. <u>Exame de secreções</u>				
63. <u>Exame de secreções</u>				
64. <u>Exame de secreções</u>				
65. <u>Exame de secreções</u>				
66. <u>Exame de secreções</u>				
67. <u>Exame de secreções</u>				
68. <u>Exame de secreções</u>				
69. <u>Exame de secreções</u>				
70. <u>Exame de secreções</u>				
71. <u>Exame de secreções</u>				
72. <u>Exame de secreções</u>				
73. <u>Exame de secreções</u>				
74. <u>Exame de secreções</u>				
75. <u>Exame de secreções</u>				
76. <u>Exame de secreções</u>				
77. <u>Exame de secreções</u>				
78. <u>Exame de secreções</u>				
79. <u>Exame de secreções</u>				
80. <u>Exame de secreções</u>				
81. <u>Exame de secreções</u>				
82. <u>Exame de secreções</u>				
83. <u>Exame de secreções</u>				
84. <u>Exame de secreções</u>				
85. <u>Exame de secreções</u>				
86. <u>Exame de secreções</u>				
87. <u>Exame de secreções</u>				
88. <u>Exame de secreções</u>				
89. <u>Exame de secreções</u>				
90. <u>Exame de secreções</u>				
91. <u>Exame de secreções</u>				
92. <u>Exame de secreções</u>				
93. <u>Exame de secreções</u>				
94. <u>Exame de secreções</u>				
95. <u>Exame de secreções</u>				
96. <u>Exame de secreções</u>				
97. <u>Exame de secreções</u>				
98. <u>Exame de secreções</u>				
99. <u>Exame de secreções</u>				
100. <u>Exame de secreções</u>				

Caso: AMORIO Mendes Zimbro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 1416 154 1113



Oba A

J4/19

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

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI
COMPENSAÇÃO ORIGINAL
DATA 23/10/2019
ASSIN.

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
Alcega Soares		14	10	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA	18/09/19			
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18	24		
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	18	24		
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	18	24		
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18	24		
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% IV 8/8 HORAS (SIN)				
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SIN)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
11. CURATIVO				
12. SSW + GCGG				
Tfca loco. por...				
de PA: 140x60mmHg				
A 20:30h p/ avaliação com...				
...				

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

10.00h 3d. encaminhada para a cirurgia com anestesia geral, calma, febre apirética 38.1.00h, 01.00h 36.0°C e xistente ao lado, su...
 10.10h, pT 20a, admida da de maca...
 p/ tratamento sintomático (fx de fratura "D"),
 intimo de acidente subocelular, acompanhamento de...
 Mãe, procedente de São Miguel de Setúbal...
 P1. Nega alergias medicamentosas...
 Ao 12.00h. reafirmar...
 de PA: 140x60mmHg...
 A 20:30h p/ avaliação com...
 ...





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 POTASSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO <i>Tibit</i>		<i>01 amp.</i>		
11	CEFALOTINA 1g				
12	CLORAFENICOL <i>Apzku</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>Dixisua</i>		<i>02 amp.</i>		
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CALCIO				
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 fols</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>Amando Soares da Sousa</u>						Registro: _____		
Enf.: _____		Leito: _____		Apto.: _____				
Data	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura		
<u>19/06/18</u>								
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinátria	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Dos. Uréia		
Exame de Urina								
Função Respiratória								
Sistema Circulatório				Eletrocardiograma				
Sistema Respiratório				Assina		Bronquite		
Sistema Digestivo				Sistema Urinário				
Estado Mental				Corticóides		Outros		
Diagnóstico Pré-Operatório				Risco				
<u>Osteossintese de Fêmur direito</u>								
Pré-Medicação (Agentes e Doses)				Aplicado As:		Efeitos:		
Agentes Anestésicos		Oxigênio					TOTAL DE DOSES	
		1	<u>99% 99% 99% 99%</u>				Bupivacaína	
		2					Morfina 8g	
		3					Cepzoleno 2g	
QUÍMICO		Soluto 500					Diprivo 2g	
		400					SEQUÊNCIA	
		Sangue 300	<u>150 150 150 150</u>				Atorvastatina	
		200					Endorfinas	
		Outros 100					Talofel 0,5g	
Temperatura T°		C	<u>36,5 36,5 36,5 36,5</u>				Geftil 0,2	
P. Arterial		240					9	
V A		220					10	
Pulso		180					11	
Início e Fim Anestesia		160					12	
X		150					13	
Início e Fim Operação		140					14	
O		120					15	
Respiração		100						
		80						
		60						
		40						
		20						
		10						
SÍMBOLO							DURAÇÃO	
Técnica:							Incidentes - Acidentes	

Dr. Tibério Nunes
 Anestesiologista
 CRM-Pi. 6665





BIOSINTESE

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 Plaza - Caixa:
CEP 65.071-380 • Fone: (55 98) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.278-6
CNPJ 03.512.666/0002-71
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: [Assinatura]
 Cargo: Prótese
 Nome: _____

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
L094955B	1 Placa Reto. de Furo Longa
L094955B	1 Paraf. cort. Par. 1,75 4,5X36
L094955B	1 Paraf. cort. Par. 1,75 4,5X30
L094955B	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: 16/06/2018 DATA DA ALTA: 1/1

PACIENTE - Nome: Amanda Loure de Souza

Nº AIH: _____

Nº do Prontuário: 143468 Data da Internação: 16/06/18

Procedimento Médico Realizado: [Assinatura]

Indicador de Compatibilidade: [Assinatura]

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

DOD. ORIGEM 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 88.250/83

PJ CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Amanda Soares de Sousa
ASSINATURA DO TITULAR

0418111 CARTEIRA DE IDENTIDADE



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

VALIDAR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1554733950

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1554733950

Nome: **RANYERE 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. / MS: **AB**

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

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Portador: *Ranyere Martins Silva*

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

Assinatura do Emissor: *[Assinatura]* 14180954844
 P3320106570

PIAUI

CORRETORA DE SEGUROS
 07 NOV 2018
 DPVAT



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: AMANDA SOARES DE SOUSA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA
Identidade: RG-4.070.728-SSP-PI
CPF: 08.780.413-10
Profissão: LABORISTA
Endereço: POVOADO - FONTE DE FÁTIMA - ZONA RURAL
CEP: 64.558-000 - São Miguel do Fidalgo - PI
Telefone: (89) 99420-8356 - 89-99456-2925

OUTORGADO:

Nome: RAFAELLE MARTINS SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA
Identidade: RG-3.164.096-SSP-PI
CPF: 040.400.282-42
Profissão: EMPRESÁRIA
Endereço: AV. BOM - EXPEDITO LOPES - 211 - JUREMADEIRA
CEP: 64.500-000 - OTERAP - PI
Telefone: (89) 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 SOUSA



Oterap, 26 de outubro de 2018
Local e data

AMANDA + Amanda Soares de Sousa

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro CMI e Anexos
Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - Oeiras - PI - (0xx89) 3462-1251 / 9402-9315
e-mail: carolavangelina@gmail.com

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE AMANDA SOARES DE SOUSA
DUI: FE. EM TEST. DA VERDADE. Oeiras-PI, 26/10/2018.
Esp. 1: 3,71 T3: 0,74 Telo: 0,26 Total: 4,71 Selo: ABJ.31240 (F60P5)

Amanda Soares de Sousa
ELIVANE NEURIZ DE SA E SILVA-ESCREVENTE COMPROVISSADA

ELIVANE NEURIZ DE SA E SILVA - TABELA ELIVANE NEURIZ DE SA E SILVA ELIVANE NEURIZ DE SA E SILVA

GILMARA COUTEIRA DE SOUSA

COMARCA DE Oeiras
Tribunal de Justiça do Estado do Piauí
Cartório de Notas, Registro e Juizados

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

Titular do CPF: AMANDA SOARES DE SOUSA

CPF de: Próprio

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

