

Screenshot of a web browser showing a digital document viewer interface. The main window displays a document titled "downloadBinario.seam" with the identifier "1 / 9". The document header includes the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI". Below the header, it says "Processo n. 08192204320208180140". On the left side of the screen, there is a sidebar titled "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" which lists several document items with their identifiers: 14512608 - CONTESTAÇÃO (2782271 CONTESTACAO 01), 14512610 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO), 14512615 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed), 14512616 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS), and 14512617 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO). The status bar at the bottom right shows the date "04/02/2021" and time "14:32".



Número: **0819220-43.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **03/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA (AUTOR)	GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14512 610	04/02/2021 14:32	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200029967 Vítima: LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Data do Acidente: 08/10/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15390671



BPaa 01A17/01A18



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:32:35
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414323507500000013719570>
Número do documento: 21020414323507500000013719570

Núm. 14512610 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200029967 Vítima: LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Data do Acidente: 08/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Informamos que o pagamento da indeniza

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =

R\$ 2.362,50

Recebedor: LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000044-2

Conta: 000010112049-4

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAIMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 060.154.033-65 4 - Nome completo da vítima: Lidiane Oliveira de Miranda

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

5 - Nome completo: Lidiane Oliveira de Miranda 6 - CPF: 060.154.033-65

7 - Profissão: Terceirizada 8 - Endereço: C 5 Bela Vista s/n QD. 6 Casa -36 9 - Número: 36 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Bella Vista 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000

15 - E-mail: lidiane@seguros20@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0044 CONTA: 112.049 (Informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, 3 que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varíasecer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

anverso
dessa da
vítima ou
beneficiário
do declarante

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

38 - 1^a | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2^a | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, _____
Teresina - PI 13/01/2020

Lidiane Oliveira de Miranda

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

100%



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:32:35
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414323507500000013719570>
Número do documento: 21020414323507500000013719570

Num. 14512610 - Pág. 4



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

392 v. 1.1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004161/2019-59

Complementar ao BO Nº: 100203.004160/2019-04

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Pelo Registro: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 12/11/2019 - 14:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável	573001	Data/Hora
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO		08/10/2019 - 15:35
Tipo Local		
VIA PÚBLICA		Bairro
Município		
TERESINA		LOURIVAL PARENTE
Endereço		
BR 316, Nº:		Ponto de Referência
Complemento		

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LIDAURA OLIVEIRA DE MIRANDA	Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
RG: 3430157	
Mãe: MARIA DA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA	
Endereço: QUADRA B, CASA 21, Nº	
Bairro: BELA VISTA	
Cidade: TERESINA	
Telefone(s): 86-9947-7640	
Nome: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA	Tipo Envolv.: VITIMA
RG: 3557862	
Mãe: MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA	
Endereço: QUADRA B, CASA 21, Nº	
Bairro: BELA VISTA	
Cidade: TERESINA	
Telefone(s): 86-9544-5802	

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/BIZ,100, ANO 2013, PLACA PIJ-1638, PROPRIETARIA MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA, PASSAGEIRA ACIMA QUALIFICADA, RELATA QUE TRAFEGAVA NA BR 316, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO PAROU SEU VEICULO SEM SINALIZAR, ONDE A VITIMA QUE ESTAVA LOGO ATRÁS DESVIOU SUA MOTO, NO MESMO INSTANTE A CONDUTORA DO VEICULO TAMBÉM DESVIOU E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADA A VITIMA/CONDUTOR FOI LESIONADA, SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA O HUT, PRONTUÁRIO 525155, PASSAGEIRA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA O HUT , PRONTUÁRIO 52512. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat.
AGENTE DE POL'

LIDAURA OLIVEIRA DE MIRANDA - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Kelko Leal Parába
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7





AVERBAÇÃO AO BO100203.004161/2019-59

AVERBA-SE ESTE B.O, PARA INFORMAR QUE O NOME DA VITIMA /NOTICIANTE É LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA E A QUADRA D. ERA O QUE TINHA A INFORMAR.

Teresina, 12/11/2019

Lidauane Oliveira de Miranda
LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Averbante

ALMIRALICE R. LEBRE CARLOS
AGENTE. DE POLICIA





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



Dados do Chamado	01 N° do chamado 1218.	02 Data do chamado 09/10/11	03 PRO (código) 3902	04 Saída do PA 16:29	05 Chegada ao local 15:38
Local da Ocorrência	06 Saída do local 16:49	07 Chegada ao 1º hospital 16:56	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço R. C. 316	11 Bairro L. Parque	12 Município-UF T46-RJ	Código IBGE 64000000	
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência Viaduto	14 Nome LORIANE OLIVEIRA DE MIRANDA	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
Acidente de Transporte	16 Idade 57 Anos	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência 01 -Acidente de transporte 02 -Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	24
Assistência	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Hospital de Destino	23 Glasgow = 19	RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 90 Resp. PA 10 X E TAX. Sat02 98	25 Local da lesão
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas 1- Igualas 2- Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 6 Moderada 9 Intensa	
	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)		
	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte		
	Notas:				
	Socorristas Médico AE/TE				Enfermeiro Condutor
	Responsável pela recepção				

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico

Enfermeiro
Condutor

11.2011

100-207590





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Nº do atendimento: **111019**

Imp: 08/10/2019 17:16:16
 (User: FERNANDO COUTO)
 (Estação: GESSQ02)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA		Frontuário: 525155
Mae: MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA	Pai:	
End. Resid.: QD D CAS 21 - BELA VISTA - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 25/03/1992	Idade: 27a6m14d	Sexo: Feminino Fone: 86-99963-4766
Responsável: GENIVAL		
Profissão: FISIOTERAPEUTA		
G. Instrução: Não informado		
Documentos: Reg.Nasc: NAOP INFORMADO		
E.Civil: Solteiro(a)		

DOS DO ATENDIMENTO:

Código: 745464	Entrada: 08/10/2019 17:05:02	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Objetivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
(Conforme Paciente/Acomp):			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15 . REFERE DOR INTENSA EM MSD E ESCORIAÇÕES EM MMII. ALERGICA A DIPIRONA. negativo abdominal exames de imagem sem a referencia. Exames de imagem sem a		
SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 08/10/2019 17:13:04		

SSVV:	(Hora: _____)			
peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉搏: _____	Pressão: _____ mmHg
Antevisão Principal / Dados Clínicos / Conduta: referencia apenas dor em msd				
x/retorno				
TOMOGRAFIA REALIZADA DATA 08/10/19 HORA 18:23 da. EXAMES COTOVÉLO D TECNÓLOGO: _____				CID: _____

Diagnóstico Inicial:	CID: _____
Exames Complementares:	RA - REALIZADO DATA 08/10/19 HORA _____ TÉCNICO: _____

Prescrição Médica:	0408020385 542.4	José Luis Mendes de Mesquita Matrícula: 4290 SAME - HU CONFERE COM O ORIGINAL
---------------------------	---------------------	--

Motivo da Alta/Encerramento: Internação nesta Unidade	DATA: / / . HORA: . .
---	-------------------------------------

Assinatura Paciente ou Responsável: Fernando Couto de Oliveira crm 3467 Em: 08/10/2019 17:16:15
--



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00044-2

CONTA: 000010112049-4

Nr. da Autenticação BCAF3845F8108956



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:32:35
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414323507500000013719570>
Número do documento: 21020414323507500000013719570

Num. 14512610 - Pág. 10



Para constar
conosco, informe
esse NÚMERO! ➤ **0564758-4**

EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-49 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal: **032391395**

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	14-01-2020	197	191,24

LUCILEIDE DO NASCIMENTO MATOS
CJ BELA VISTA S/N QD G CASA 36 BELA VISTA
CPF: 00028787790378
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 5.001.10.32.038600

DADOS DA LEITURA	DATA	DATAS DA LEITURA
Atual: 25302	07/01/2020	
Anterior: 25105	07-12-2019	
Constante de Multiplicação: 1.000	06-02-2020	
Consumo Médio: 197	06-01-2020	
Consumo Faturado: 197	07-01-2020	
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Paf.
RESIDENCIAL	MONO	A504512	1.1.1.1	130

HISTÓRICO kWh			DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO	197 A R\$ 0,839866 =	165,45
DEZ/19	126	COM.R. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	14,86
NOV/19	196	CORRECAO MONETARIA DA IL (2X)	0,12
OUT/19	167	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)	1,48
SET/19	112	MULTA POR ATRASO DE IL. (2X)	0,48
AGO/19	102	JUROS DE MORA ATRASO DE (2X)	0,25
JUL/19	128	MULTA POR ATRASO (2X)	5,65
JUN/19	165	JUROS POR ATRASO (2X)	2,95
MAI/19	169	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	2,63
ABR/19	135		
MAR/19	94		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
8 A 197 - 0,829748			

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LISTA 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Esta fatura poderá ser parcelada conforme Artigo 113, parágrafo
primeiro da Resolução ANEEL 414/2010.
Parabéns! Até o dia 06-01-2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode estar dentro das datas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 081F.F346.D757.6BDF.0741.EDC8.55CA.C1CA

COMPOSIÇÃO DA CONTA R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	36,24	Base de Cálculo:	165,45
Energia:	70,01	Aliquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	11,84	Valor do ICMS:	36,39
Encargos:	5,79	Valor do PIS:	0,71%
Tributos:	41,57	Valor do COFINS:	0,92
			4,26

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
BRC		EFC		DMBC		ENR	
Mensal	Totalizado	Atual	Mensal	Diariamente	Atual	Mensal	Totalizado
Limite	5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86
Realizado	0,00			0,00		0,00	
Conjunto	TERESINA						
				Periodo de abertura:	11/2019	Final:	169,46

ROT: 5.001.10.32.038600

SEU CÓDIGO: **0564758-4** TOTAL A PAGAR - R\$

191,24

MÊS FATURADO: **01/2020** VENCIMENTO: **14-01-2020**

Nº da Nota Fiscal: **032391395** FCAM

83640000001 1 91240017000 3 00000000564 5 75840120008 7



SEQ.: 00268 UC: 0564758-4 DT.LEIT.: 07/01/2020 T.ENTR.: 04
LEITURA: 25302 NORMAL TOTAL: 191,24 CARGA: 032
DT.VENC.: 14-01-2020 IRREG.: 000 COLETOR: 1881



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:32:55
http://tjp.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414323507500000013719570
Número do documento: 21020414323507500000013719570

Num. 14512610 - Pág. 11



DATA LEITURA → 0051869-7
CONSUMO → 394
Nº da Nota Fiscal → 029074335

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 736 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-69 | Ins. Estadual: 16.301.385-6
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Legis. especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98.

Nº da Nota Fiscal: 029074335
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é fixa.
Sela Linha 10.438 em 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	31/10/2019	394	411,88

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00284017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DE LEITURA

	DATA DA LEITURA
Atual:	21824
Anterior:	21430
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo Médio:	394
Consumo Faturado:	394
Farma de Faturamento:	NORMAL
Código de Irregularidade:	
Dias de Consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Póste	Código Pct.	Média 23 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	210

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo	DESCRIPÇÃO DA CONTA	CONSUMO	VALOR
SET/19	CONSUMO	394	R\$ 0,944936 =
AGO/19	CONTROLE ILUMINAÇÃO PÚBL. (COSIP)	285	372,30
JUL/19	MULTA POR ATRASO DE I	222	30,03
JUN/19	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00	205	0,57
MAI/19	MULTA POR ATRASO 09/19-00	204	0,13
ABR/19	JUROS POR ATRASO 09/19-00	178	7,18
MAR/19	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	243	1,67
FEV/19	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	297	4,70
JAN/19	365		3,12
DEZ/18	57		
Total do Balanço:		3.512	R\$ 3.512,00

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/10/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 9781.7EAF.1F83.6845,69CD.848F.D0DF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

	IMPÓSITOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	73,20	Base de Cálculo: 372,30
Energia:	141,48	Aliquota ICMS: 27,00%
Transmissão:	23,93	Valor do ICMS:
Encargos:	11,71	Valor do PIS:
Impostos:	121,98	Valor do COFINS:
		6,49%
		17,64

INDICADORES DE CONSUMO (kWh)

	DMC	INC	DMC	INC			
Média	Mínima	Máxima	Média	Mínima			
Límite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Replicada	0,00			0,00			0,00

Comprador: TERESINA-MACAUPI Periodo: 03/2019 à 100,44

ROT: 17.001.31.11.020500

SEU CÓDIGO TOTAL A PAGAR - R\$

0051869-7 411,88

MÊS FATURADO VENCIMENTO

10/2019 31/10/2019

Nº da Nota Fiscal: 029074335 FCAM

83650000004 4 11880017000 3 00000000051 3 86971019008 1



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/10/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 21824 NORMAL TOTAL: 411,88 CARGA: 018
DT.VENC.: 31/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071

**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 Nelle Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lidiane Oliveira de Miranda inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.154.033/65, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Lidiane Oliveira de Miranda, inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.154.033/65, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso 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	Rua 24 de Janeiro	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Centro	Cidade	Teresina	Estado	PI
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(86) 99534-6565

Teresina, 13 de Janeiro de 2020
Local e Data

Nelle Rose Soares Marques
Assinatura do Declarante

01.001/2017





Dados do Chamado	01 Nº do chamado <i>1218.</i>	02 Data do chamado <i>09/10/11</i>	03 PRO (código) <i>3902</i>	04 Saída do PA <i>11.29</i>	05 Chegada ao local <i>15.32</i>		
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>16.48.1</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>16.56.1</i>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital			
Dados do Paciente	10 Endereço <i>R. C. 316</i>	11 Bairro <i>L. Parceria</i>	12 Município-UF <i>TY6 - PI</i>	Código IBGE <i>64000000</i>			
Type de Ocorrência	13 Ponto de referência <i>Via de t... LIGAÇÃO ENTRE RUA DO MIRABAL</i>	14 Nome <i>LIGAÇÃO ENTRE RUA DO MIRABAL</i>	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 3- Ignorado <input checked="" type="checkbox"/>	16 Idade <i>39/18</i>	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado <i>35/03/19</i>	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input checked="" type="checkbox"/>
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espacamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Quemadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	24		
Exame Físico	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta 5- Ônibus/Micro-ônibus 6- Outro 7- Ignorado	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta 5- Objeto fixo 6- Animal 7- Outra 8- Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>			
Hospital de Destino	23 Glasgow = <i>15</i>	RESPOSTA VERBAL 4- espontânea 5- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso <i>90</i> Resp. <i>10</i> PA <i>100/60</i> TAX <i>100</i> Sat02 <i>98</i>	25 Local da lesão 		
Observações Interdisciplinares	26 Pupilas 1- Iguais 2- Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não	29 <input type="checkbox"/> ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Moderada 7 Intensa 10	30 Fratura 1- Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input checked="" type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 3- Suspeito <input type="checkbox"/>		
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred	32 Hospital de Destino <i>HUT</i>	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input checked="" type="checkbox"/>	Glicemia _____ Acesso Venoso _____ Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) _____ b) _____ c) _____	<input type="checkbox"/> Não Removido	
	<i>Colisão muito com carro, parou-se apresentando luxação em seu ombro direito e escorregou.</i>						
	Responsável pela recepção <i>H</i>	Socorristas Médico AE/TE <i>W. M. LIMA</i>	Enfermeiro Condutor <i>Eduardo</i>				

27.11.2011

207510

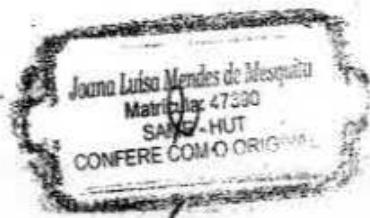




NOME DO PACIENTE: Edsonane Oliveira Miranda

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 525155

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



BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

NHEO 11019

Imp: 08/10/2019 17:16:16
 (User: FERNANDO COUTO)
 (Estação: GESSO02)

Prontuário: 525155

Nome: LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA

Pai:

Mae: MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA

End. Resid.: QD D CAS 21 - BELA VISTA - TERESINA - PI - CEP: 64069-990

Nascimento: 25/03/1992

Idade: 27a6m14d

Sexo: Feminino Fone: 86-99963-4766

Responsável: GENIVAL

CNS: 708303290204860

Profissão: FISIOTERAPEUTA

Documento: Reg.Nasc.: NAOP INFORMADO

G. Instrução: Não informado

E.Civil: Solteiro(a)

DOS DO ATENDIMENTO:

Código: 745464

Entrada: 08/10/2019 17:05:02

Convênio: SUS

Proced: 0301060061

Objeto da Procura

ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:

Classificação:

Cor:

Laranja

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Dor intensa

Breve História Clas. Risco:

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15 . REFERE DOR INTENSA EM MSA E ESCORIAÇÕES EM MMII. ALERGICA A DIPIRONA. *Refez dor abdominal*

SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA

COREN - 207590

Em: 08/10/2019 17:13:04

SSVV:

(Hora: ____ : ____)

mmHg

Peso: 0,00 Kg

Altura: 0,00 m

IMC: 0,00 Kg/m²

P脉:

bpm

Pressão:

União Principal / Dados Clínicos / Conduta:

referiu apenas dor em msd

x/retorno

TOPOGRAFIA REALIZADA
DATA 08/10/19 HORA 18:23 da.
EXAMES COTOVELO S
TECNÓLOGO: [Signature]

Exame(s) Inicial:

CID:

Exames Complementares:

RA REALIZADO
 DATA 08/10/19 HORA
 TÉCNICO: [Signature]

Prescrição Médica:

0408020385

Joana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 4090
 SAME: H
 CONFERE COM O ORIGINAL

Motivo da Alta/Encerramento:
 Internação nesta Unidade

DATA: 1/1/19

HORA:

Fernando Couto de Oliveira
 Assinatura Paciente ou Responsável

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
 CRM 3467 Em: 08/10/2019 17:16:15



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

525/55-

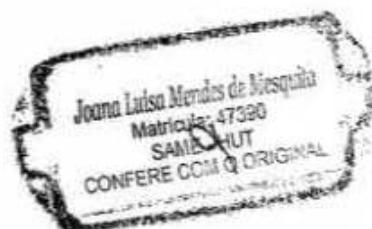
Nome do Paciente	EDNAN SOARES COUTINHO		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura de CABEZA MAXIL + TRÓCICA CAVIARINA (D)		
Operação - Tipo	Anoprostata CABEZA MAX + EXTRAC FRAGMENTOS MAXIL		
Cirurgião	HOTSE	1º Assistente	
2º Assistente	Lab-Tse Frontiers TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA Fone: 085-3660 5807 10306	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Zézé	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)			
Data da Operação	17/01/19	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista	<p>Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula: 27390 SAMU - HUT CONFERE COM O ORIGEM</p>		
Acidente Durante a Operação			
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
① DMA ② ASSERVA ③ CAVO ④ MUSO ⑤ KEEPER ⑥ CAVO ⑦ CABEZA MAX ⑧ TÉCNICO ⑨ FRAQUEZIMENTOS ANTICORPO NA TRÓCICA IMPURE AIR ALVORADO ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ DENTRO ⑭ OUTAS ⑮ ⑯ VERSO <small>Lab-Tse Frontiers TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA Fone: 085-3660 5807 10306</small>			

Mod. 76 HUT



Paciente vítima de acidente motociclistico.
Relata dor em MSD e escoriações em MBD.
Nega dor torácica e abdominal. Ao exame
em BEG, consciente, orientada. ECG = 85,
pupilas iridociclicas, fotoreceptores. ACP sem alterações.
Exames de imagem sem alterações. Suturas já realizadas.
Sem conduta cirúrgica no momento.
Encaminha aos cuidados da ortopedia.

Fábricio M. Azevedo
Ornigião Geral
CRM-PI 19947 - ROC N° 3278



FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE			Nº DE REGISTRO	
DATA: 17/10/19	P. ARTERIAL 120x77	PULSO 71	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO 60	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. UREIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	normal			Alergia à pipoca, nega comorbidades		
SISTEMA CIRCULATÓRIO	normal			ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO	eupneica			ASMA BRONQUITE		
SISTEMA DIGESTIVO	+ de 8 h de jejum			SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL	Consciente, orientada			CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO	Fratura úmero distal D			FÍSICOS ASA I		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)	10:20			APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO X 1 lL 2 Ar + L 3,5 - 2,	11:20			TOTAL DE DOSES	
SENO	SO-UTO 1500 400				① Fentanil - 200mcg ② Midazolam - 80mg ③ Propofol - 300mg ④ Atropina - 0,01mg ⑤ Leptotetix 20g ⑥ Benzodiazepina 20mg ⑦ Dexametasona 10mg ⑧ Rombidine 50mg ⑨ Norepinefrina 4mg ⑩ Cetamina 300mg ⑪ Cetamina 200mg ⑫ Nitroglicerina 100 ⑬ Nitroglicerina 100 ⑭ Nitroglicerina 100 ⑮ Nitroglicerina 100	
LÍQUIDOS	SANGUE 300 200 OUTROS 100				SEQUÊNCIA	
TEMPERATURA T	C° 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				1. Checa bkt 2. monitórios 3. Indica Vmz 4. TOF, J梧g e com cuff 5. Sem intubação 6. Vmz (modo TOF prep) 7. J梧g 187 9. monitor pulm 10. Pco2 exspiratória 11. Saturação 12. Respiração 13. RPA 14. RPA 15. Nefus 5mpa	
P. ARTERIAL V O	PULSO				DURAÇÃO Jh	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	etCO ₂					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O	SpO ₂ : 100					
SÍMBOLOS						
TECNICAS	Anestesia Geral balanceada			INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES	Tto de fratura úmero distal aberta					
CIRURGIÕES	AO					
ANESTESISTAS	Isiana					
PARITICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		
MOD 76 - HUT						

José Luis Mendes de Mesquita
Matrícula 107500
SAMU/HUT
CONFIRA COM O ORIGINAL



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Oléujo, a 06/06/2021

DATA:	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. OU APT:	LEITO
04/06/2021	304	Q5			
MÉDICO ASSISTENTE / ESPECIALIDADE					
PREScrição MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
DATA: 04/06/2021	HORA: 14:00	20h30m abstinência de P.OZ. Coacessos recentes da urina, queimice (uso de uriníca) e dor renal ab sente a 02 dias. uso a diurética furo sem queixa de dor. Necessita orientação Entrega 21/06/2021 09:00 PA = 121 mmHg, P: 88 B.P.M. 78 16:30 PA = 130/74 mmHg, P: 90			
Joana Luisa Mendes da Mesquita Matrícula: 47390 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL					

MÉDICO/CRM:





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

250344

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	249221

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

-Nome: LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA	6 - Prontuário: 525155
-NIS: 708303290204860	8-Nascimento: 25/03/1992
9-Sexo: Feminino	
-Mae: MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA	12-Fone: 86-99963-4766
-Resp: GENIVAL	14-Cor: Sem Informação
15-Ender: QD D CAS 21 - BELA VISTA - CEP: 64069-990	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100
	18-UF: PI
	19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR E FRATURA DE UMERO

21 - Condições que justificam a internação:
TTO CIRURGICO22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
RX+ EXAME FISICO23-Diagnóstico Inicial:
Fratura da extremidade inferior do úmero24-CID Prin.: **S424**

Tempo S

25-Cod.Proced.: **0408020385** 27-Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA SUPRACONDILIANA DO ÚMERO29-Clinica: **02 01** 30-Caráter: Ident.: **004.798.243-8** 31-Docum.: **CPF** 32-Doc. Méd. Solic.: **Dr. André Luís Soares, CRMF: 6930**33-Rm Profissional Solicitante/Assistente: **RAUL RUBEN DE MACEDO NETO** 34-Data Solicitação: **08/10/2019** 35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

45 - Vínculo com a Previdência:
 Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

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

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:
Usuário: (MARIA SILVA)
Consulta Local: 745464
Consulta SUS:
Impressão: 08/10/2019 18:38:55



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS

Fundação Municipal
de Saúde

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 17-10-2008

NOME DO PACIENTE:	Silvana Oliveira Mesquita		PRONTUÁRIO N°:	525155
DIAGNÓSTICO:	FNT CAB. MNC + TRACERA D		CIRURGIA:	Artroplastia CAB. RMD/15
ANESTESIA:			Nº DA SALA:	03
CIRURGIÃO:	Lao-Tse		CPF N°	Lao-Tse Frontiers
AUXILIAR:			CPF N°	TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
ANESTESIA:			CRM-PI 2660 SBOT 10306	
INSTRUMENTADORA:	Jabotéka		CPF N°	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA N° 9-0	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N° 7-5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ÁLCOOL 70%	ML	20		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	600		PVPI TINTURA	ML	50	
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	—	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	—	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	00		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N°	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				 Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENO				 Gleba Rocka 100781			

MOD. 94





PIAUÍ MATERIAL MÉDICO ESPECIALIZADO

PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltd

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

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

CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí

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

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

PACIENTE - Nome: Bidauane Oliveira Alencaranda

Nº AIH: 249226

Nº do Prontuário: 525155 Data da Internação: / /

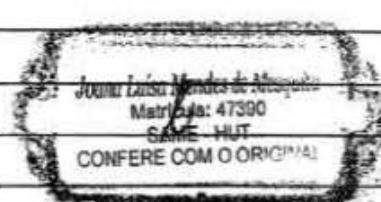
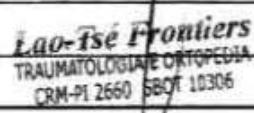
Procedimento Médico Realizado: 0408020059

Indicador de Compatibilidade: 0702031127

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Lao-Tsé

CRM Nº _____ CPF Nº _____

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 17/10/19 DATA DA ALTA: / /

Código Ropm Nº	DESCRÍÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
	 <p>VINCIOLA INDÚSTRIA COMÉRCIO IMP. E EXP. DE IMPLANTES SA Av. Brasil, 2855 - Tijucana - 64000-300 - Rio Claro SP Brazil Tel.: +55 11 5111 2500 - CNPJ: 01.081.070/0001-02 Referência: REF. 1450-007-012 REF. 1450-007-012 Protese de Rádio 12,0mm Rádio Prosthetic 12,0mm Protese de Rádio 12,0mm Registro ANVISA: 10417946146 I.U: 1.002 Nome Técnico: Componente Radial para Artroplastia de Colo do Ossôco Nome Comercial: Protese para Artroplastia de Rádio Metá Bio FAB: 05/2019 VAL: 05/2023</p>
	 <p>Juan Luis Mendez de Montalvo Matrícula: 47390 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL</p>
	 <p>Lao-Tsé Frontiers TRAUMATOLOGIA E ORTOPÉDIA CRM-PI 2660 SBOT 10306</p>

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

Teresina 17 de outubro de 2019

Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J: _____

Assinatura: _____

Cargo: _____

Amélia





LAUÓ PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNACÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

1-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação

4-CNES

5828856

2492

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA

6 - Prontuário: 525155

7-CENS: 708303290204860

8-Nascimento: 25/03/1992

9-Sexo: Feminino

NAOP INFORMADO

10-Nome: MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA

12-Fone: 86-99963-4766

11-Resp: GENTIVAL

14-Fone: 86-99963-4766

13-Ende: QD D CAS 21 - BELA VISTA - CEP: 64069-990

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64069-990

14-Município: TERESINA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição: ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RÁDIO
31-Cod.Procedimento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial: PROTESE DE CABEÇA DE RÁDIO

Quant. Solici-

cidata:

1

Fornecedor da OPM: PIMES

33-Profissional Responsável: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	40-Tp. Documento: CPF	41-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) Lao Tse Frontiers da Silva Feitosa CRM-PI 2560 SBOT/2019
Data Solicitação: 17/10/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 746.635.933-72	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Parece ser pro
muito ruim*

AUTORIZAÇÃO

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

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

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL
(ANTONIO EURIVAN)



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente:	LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA	(Prontuário: 525155)
Endereço:	QD D CAS 21 - BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64069-990	
Nascimento:	25/03/1992	Idade: 27a6m21d
	Sexo: Feminino	Origem: URGÊNCIA/EMERG
Requisição:	1009993	Solicitação: 08/10/2019
Controle:	1330173	Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
	Convenio: SUS	Atendimento: 745464

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 08/10/2019

COTOVELO DIREITO

O estudo radiológico do cotovelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. As seguintes aspectos foram observados:

- Fraturas completas recentes no úmero distal com desvio e na cabeça do rádio.
- Aumento de volume de partes moles.

(Assinatura de Cezar)

TERESINA - PI 15/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

José Luiz Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAMER/HUT
 CONFERIR COM O ORIGINAIS



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:32:35
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414323507500000013719570>
 Número do documento: 21020414323507500000013719570

Num. 14512610 - Pág. 25



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente:	LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA (Prontuário: 525155)		
Endereço:	QD D CAS 21 - BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64069-990		
Nascimento:	25/03/1992	Idade: 27a6m21d	Sexo: Feminino
Requisição:	1009993	Solicitação: 08/10/2019	Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 745464
Controle:	1330174	Convênio: SUS	Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 08/10/2019

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em:
 - Lateral.
 - Seguintes aspectos foram observados:

- Fratura completa recente na cabeça do rádio.
- Aumento de volume de partes moles.

(Luis CEZAR)

TERESINA - PI 15/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.803.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luiza Mendes de Melo
Matrícula: 67350
SAME - HUT
CONFERE COM O CERTIFICADO





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA** (Prontuário: **525155**)
 Endereço: QD D CAS 21 - BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 25/03/1992 Idade: 27a6m21d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 745464
 Consultação: 1009993 Solicitação: 08/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
 Telefone: 1330175 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Lad. SIA: 0204040094

Data Exame: 08/10/2019

MAO DIREITA

Exame radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa recente no colo do 3º metacarpo com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

LUIS CEZAR

TERESINA - PI 15/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
 Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47500
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAIS



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:32:35
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414323507500000013719570>
 Número do documento: 21020414323507500000013719570

Num. 14512610 - Pág. 27



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0022-02

Pág. 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Inscrita:	LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA	(Prontuário: 525155)
Endereço:	QD D CAS 21 - BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64069-990	
Documento:	25/03/1992	Idade: 27a6m14d
		Sexo: Feminino
Motivação:	1010022	Solicitação: 08/10/2019
		Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle:	1330218	Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020015

Data Exame: 08/10/2019

T.C. DE COTOVELO DIREITO

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

RELATÓRIO:

- FRACTURA IMPACTADA NA REGIÃO DO COLO/CABEÇA DO RÁDIO.
- FRACTURA COMINUTIVA ACOMETENDO A TRÓCLEA, COM FRAGMENTOS DESALINHADOS.
- PEQUENO DERRAME ARTICULAR.
- INTERLINHAS ARTICULARES PRESERVADAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

(RAUANTONIO)

TERESINA - PI 08/10/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Professional Responsável

José Luis Mendes de Oliveira
Matrícula: 4730
SAMU HUT
CONFERE COM O CRF/PI



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1520 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Vínciente:	LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA	(Prontuário: 525155)
Endereço:	QD D CAS 21 - BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64069-990	
Documento:	25/03/1992	Idade: 27a6m27d
		Sexo: Feminino
		Origem: INTERNAÇÃO
Identificação:	1013359	Solicitação: 17/10/2019
		Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle:	1337361	Convênio: SUS
		CLINICA ORTOPEDICA - P11
		ENFERMARIA 237
		LEITO 38

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 17/10/2019

COTOVELO DIREITO

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

- Artroplastia com prótese metálica bem posicionada na cabeça do rádio.
- Mão gessada.

(LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA)

TERESINA - PI 21/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Jane Luiz Magalhães de Melo
 Matrícula: 1334590
 SAME/HUT
 CONFERE COM O CERTIFICADO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:32:35
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414323507500000013719570>

Número do documento: 21020414323507500000013719570

Num. 14512610 - Pág. 29



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.420.157
NOME	DATA DE EXPEDIÇÃO 12/02/16
LIDAIANE OLIVEIRA DE MIRANDA	
FILIAÇÃO	MARIA DA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA
LINDOMAR LIMA DE MIRANDA	
NATURALIDADE	
URUÇUI-PI	DATA DE NASCIMENTO 25/03/1992
DOC. ORIGEM	
CERT. NASC. 23754 11671 F 215	
CPEXP URUÇUI-PI 26/02/99	
TERCEIRA-PI 060.154.033-65	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.210 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83	





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.119.262
DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14	
NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES	
FILIAÇÃO	
CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE	
NATURALIDADE	
CRATEUS-CE	DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971
DOC. ORIGEM	
CERT. NASC. 529 L A1/F 141	
EXP CRATEUS-CE 25/09/18	
TERESINA - PI	
840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 28/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:32:35
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414323507500000013719570>
Número do documento: 21020414323507500000013719570

Num. 14512610 - Pág. 31

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200029967 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA Data do acidente: 08/10/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO DISTAL E CABEÇA DO RÁDIO À DIREITA. P 12, 15
FRATURA DO 3º METACARPO DA MÃO DIREITA. P 14

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). p4
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIPO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025468/20

Vitima: LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA

CPF: 060.154.033-65

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/10/2019

Titular do CPF: LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA : 060.154.033-65

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 17/01/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200029967 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA Data do acidente: 08/10/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO DISTAL E CABEÇA DO RÁDIO À DIREITA. P 12, 15
FRATURA DO 3º METACARPO DA MÃO ESQUERDA. P 14

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). p4
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:32:35
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414323507500000013719570>
Número do documento: 21020414323507500000013719570

Num. 14512610 - Pág. 34

PROCURAÇÃO PARTICULAR

QUOTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Lidiane Oliveira De Oliveira		D. EXPEDIÇÃO: 12/02/16
RG: 3.430.157	ORG. EMISSOR: SSP/PI	PROFISSÃO: Fisioterapeuta
CPF: 060.354.033-65	ESTADO CIVIL: Solteira	
ENDEREÇO: CJ Bela Vista S/N Q-G C-36		Nº: 36
COMPLEMENTO: Casa	BAIRRO:	
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piauí	CEP: 64000-000 TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES
RG: 4.119.262 ORG. EMISSOR: SSS/PI D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
CPF: 840.173.173-91 ESTADO CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO:RECUSO
ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO Nº:544
BAIRRO: CENTRO CIDADE: TERESINA UF: PI CEP:64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUaisquer DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA :

Lidazione obblige de minande

Data do acidente de trânsito: 08/10/2019

Cobertura da vítima : Invalidez

Local Data: 13/03/2020

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



TERESINA, CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Av. Presidente Dutra, 123 - Centro - 45000-000 - Teresina - Piauí - Fone: (86) 3221-1000 - E-mail: teresina@tjpi.jus.br
Obedece o mandado da Procuradora de Justiça, Doutora Rosângela Pereira.

Certidão
de intimação
de réu
e de testemunha



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:32:35
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414323507500000013719570>
Número do documento: 21020414323507500000013719570

Num. 14512610 - Pág. 36