

Browser tabs: Email - Alana, Controle de, Sistema, Sistema, Audiências, PJE Consulta pr, PJE 0819220-43, Baixar o arq, (40) Whats, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=555441&ca=8832fc4cb86f1c160279653b473fee66256...

Navigation bar: ProceComCiv 0819220-43.2020.8.18.0140, LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO...

Document title: 14512608 - CONTESTAÇÃO (2782271 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 04/02/2021 14:32:36

Left sidebar (04 Feb 2021):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 14512605 - CONTESTAÇÃO
 - 14512608 - CONTESTAÇÃO (2782271 CONTESTACAO 01)
 - 14512610 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 14512615 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 atos procuracao compressed)
 - 14512616 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 14512617 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

Main content area (downloadBinario.seam):

2782271 - CS/ 2021-00150/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo n. 08192204320208180140

System tray: PT, 14:32, 04/02/2021



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
14512610	04/02/2021 14:32	PROCESSO ADMINISTRATIVO	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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15390671





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 indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as 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 - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: Fisioterapeuta 8 - Endereço: C5 Bela Vista S/N 20-6 Casa-36 9 - Número: 36 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Bela Vista 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000-000
15 - E-mail: lidianeoliveira@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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0044 2 CONTA: 112.049 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







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: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

573001

Data/Hora

08/10/2019 - 15:35

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

LOURIVAL PARENTE

Endereço

BR 316, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

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 CONDUTOR 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.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat.
AGENTE DE POL.

Lidaura Oliveira de Miranda
LIDAURA OLIVEIRA DE MIRANDA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lacey Kátia Leal Parafita
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 136.333-7





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
ALMIRALICE R. LEBRE CARLOS
AGENTE. DE POLICIA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

060.154.033-65 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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Lidiane Oliveira de Miranda 060.154.033-65 Terapeuta 65 Bela Vista S/N 07-6 Casa-36 36 Casa 64 000-000 Teresina PI 64 000-000 lidianeoliveira@hotmail.com (86) 995 34-6565

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0044 2 CONTA: 112.049 2 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (mãe nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Indicação
assinada por
representante
legal ou
beneficiário
do segurado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Lidiane Oliveira de Miranda
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 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			
	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
Acidente de Transporte	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	<input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cintro de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
Exame Físico	ABERTURA OCULAR		Sinais Vitais		25 Local da lesão
	4 - Espontânea 3 - A voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Escala de Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais	Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sem Dor Leve Moderada Intensa	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Hospital de Destino		
	1 - Aspiração 2 - Prancha longa/curta 3 - Imobilização de extremidades 4 - Oxigênio 5 - Colar cervical 6 - Reanimação cardiopulmonar 7 - Curativos 8 - Kred 9 - Assistência obstétrica		1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito 4 - Glicemia 5 - Acesso Venoso 6 - Medicamentos a) b) c)		
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada		34 Óbito		
	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		
Observações Interdisciplinar: Paciente muito com curio, parou a apresentando luxação em cotovelo D + escoriações.					
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro Condutor	

11.2011

0000 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)

NHEO 11/10/19

Imp: 08/10/2019 17:16:16

(User: FERNANDO COUTO)

(Estação: GESS002)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA		Prontuário: 525155	
Mãe: 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	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: S U S	Proced: 0301060061
Ativo da Procura			
(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor intensa	Laranja
Breve História Clas. Risco:		
<p>PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15. REFERE DOR INTENSA EM MSD E ESCORIAÇÕES EM MMII. ALERGICA A DAPIRONA. <i>rega dor abdominal e tórax. Exames de imagem sem la</i></p>		<p>SABRINA LORAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 08/10/2019 17:13:04</p>

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bmp	Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:				
<p>refere apenas dor em msd</p> <p>____x/retorno</p>				
<p>TOPOGRAFIA REALIZADA DATA 08/10/19 HORA 18:23da. EX: COTOVELO D TECNÓLOGO: [Assinatura]</p>				

Diagnóstico Inicial:	CID:
Exames Complementares:	
<p>RA - X REALIZADO DATA 08/10/19 HORA 18:23da. TÉCNICO: [Assinatura]</p>	

Prescrição Médica:
<p>0408020385 542.4</p> <p>Joana Luísa Mendes de Mesquita Matrícula: 4290 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL</p>

Motivo da Alta/Encerramento:
<p>Internação nesta Unidade</p> <p>DATA: 1/1 HORA: 17:16:15</p> <p>FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA crm 3467 Em: 08/10/2019 17:16:15</p>



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





Para consulta
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0564758-4

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 032391395

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 20 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		DADOS DA LEITURA	
Atual:	25302	Atual:	07/01/2020
Anterior:	25105	Anterior:	07-12-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	06-02-2020
Consumo Medido:	197	Emissão:	06-01-2020
Consumo Faturado:	197	Apresentação:	07-01-2020
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	31
	Código de Irregularidade:		

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fiel	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A504512		1.1.1.1	130

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

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 197 - 0,620748

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 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.

Verifique antes de pagar os dados 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.D757.6B0F.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: 3,30%
	4,26

INDICADORES DE CONTINGÊNCIA										
	DSC			FIC			DASC		DNC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Trimestral
Limite	5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86			
Realizado	0,00			0,00			0,00			
Conjunta	TERESINA						Período de apuração:	11/2019	R\$R\$:	63,48

ROT: 5.001.10.32.038600

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$



0564758-4

191,24

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

01/2020

14-01-2020

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

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



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)
Nota Fiscal / Guia de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ/PI

2ª FOLHA
CÓDIGO: Informa
CASA: 1869-7

Nº da Nota Fiscal: 029074335

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

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DE LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	21824	Atual:	24/10/2019
Anterior:	21430	Anterior:	24/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/11/2019
Consumo Medido:	394	Emissão:	23/10/2019
Consumo Faturado:	394	Apresentação:	24/10/2019
Forma de Pagamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 30

Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Est.	Módulo 23 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	210

HISTÓRICO kWh	DESCRICAÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
SET/19 368	CONSUMO 394 a R\$ 0,944936 = 372,30
AGO/19 285	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 30,03
JUL/19 222	MULTA POR ATRASO DE 1 09/19-00 0,57
JUN/19 205	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00 0,13
MAI/19 204	MULTA POR ATRASO 09/19-00 7,18
ABR/19 178	JUROS POR ATRASO 09/19-00 1,67
MAR/19 243	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 4,70
FEV/19 297	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,12
JAN/19 365	
DEZ/18 57	

TARIFA DE ILUMINACAO PUBLICA: 30,03
C.A. 254 - 8,65500

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/10/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 73,20	Base de Cálculo: 372,30 271,78
Energia: 141,48	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 23,93	Valor do ICMS: 100,52
Encargos: 11,71	Valor do PIS: 1,40%
Tributos: 121,98	Valor do COFINS: 6,49%
	17,64

INDICADORES DE CONTINUIDADE
Limite: 5,31 10,63 21,25 3,11 6,23 12,45 3,03
Realizado: 0,00 0,00 0,00

Composto: TERESINA-MACAJUBA Período de Operação: 03/2019 - 10/2019 100,00

ROT: 17.001.31.11.020500



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)

SEU CÓDIGO
0051869-7
MÊS FATURADO
10/2019
TOTAL A PAGAR - R\$
411,88
VENCIMENTO
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 F. ENTR.: 09
LEITURA: 21824 NORMAL TOTAL: 411,88 CARGA: 010
DT. VENC.: 31/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071



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

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze 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: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 13 de Janeiro de 2020
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

01 V001/2017





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome	15 Sexo	16 Idade		
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?				
	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vitima				
	20 Meio de locomoção				
Exame Físico	21 Outra parte envolvida				
	22 Equipamentos de segurança				
Assistência	23 Glasgow =				
	24 Sinais Vitais				
Hospital de Destino	25 Local da lesão				
	26 Pupilas				
Observações Interdisciplinares	27 Pulso Radial				
	28 Sangramento				
29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10					
30 Fratura					
31 Procedimentos realizados					
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
Observações Interdisciplinares					
Responsável pela recepção					
Socorristas					
Enfermeiro					
Condutor					

27.11.2011

126201510

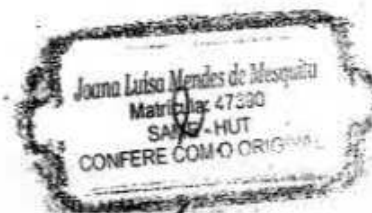


**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Edouane 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".



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)

NHEO 114019

Imp: 08/10/2019 17:16:16
(User: FERNANDO COUTO)
(Estação: GESS002)

DADOS DO PACIENTE:

Prontuário: 525155

Nome: LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA

Pai:

Mãe: MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA

CEP: 64069-990

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

Sexo: Feminino

Fone: 86-99963-4766

Nascimento: 25/03/1992

Idade: 27a6m14d

CNS: 708303290204860

Responsável: GENIVAL

Documento: Reg.Nasc: NAOP INFORMADO

Profissão: FISIOTERAPEUTA

E.Civil: Solteiro(a)

G. Instrução: Não informado

DOS DO ATENDIMENTO:

Código: 745464

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

Convênio: S U S

Proced: 0301060061

Ativo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

Conforme Paciente/Acomp: AMBULÂNCIA DO SAMU

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:

Classificação:

Cor:

Laranja

Problemas em Extremidades

Dor intensa

Breve História Causa Risco:

ACIDENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG-15. REFERE DOR
INTENSA EM M2 E ESCORIAÇÕES EM MMII. ALÉRGICA A DIFENIDRAMINA. Reg. dor abdominal
e torácica. Exames de imagem sem

SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA
COREN - 207590
Em: 08/10/2019 17:13:04

SSVV:

(Hora: :)

bmp

Pressão:

mmHg

Peso: 0,00 Kg

Altura: 0,00 M

IMC: 0,00 Kg/m2

Pulso:

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

refere apenas dor em m2d

rx/retorno

TOPOGRAFIA REALIZADA
DATA 08/10/19 HORA 18:23da
EXAME COTOVELO D
TECNÓLOGO:

Exames Complementares:

RA REALIZADO
DATA 08/10/19 HORA
TÉCNICO:

Prescrição Médica:

0408020385
542.4

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Métrica: 4390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Motivo da Alta/Encerramento:

DATA:

HORA:

Interação nesta Unidade

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 CABEÇA HUMER + TROCA COLUMLAR (D)

Operação - Tipo ARTROPLASTIA CABEÇA HUMER + EXPLANTE FRAGMENTOS ARTICULARES

Cirurgião LAURISSE FRONTIERS

1º Assistente

2º Assistente

LAURISSE FRONTIERS
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM-PE 2660 SBC 10306

3º Assistente

Instrumentador(a) Felipe

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação 17/01/19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 67390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

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

- ① DDA ② ASSEPTA ③ Lavagem
- ④ Auso de Kellner ⑤ Exatise
- ⑥ Exatise de cabeça humer ⑦ Exatise de
- fragmentos articulares na troca ⑧
- implante por catenado nº 12 ⑨
- Atividade ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳
- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳

LAURISSE FRONTIERS
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM-PE 2660 SBC 10306

Mod. 76 HUT



Paciente vítima de acidente motociclístico.
Relata dor em MSD e escoriações em MSD.
Nega dor torácica e abdominal. Ao exame
em BEG, consciente, orientada. ECG = S5,
pupilas isocóricas, fotoreagentes. ACP sem alterações.
Exames de imagem sem alterações. Sutures já realizadas
Sem conduta cirúrgica no momento.
Encaminha aos cuidados de ortopedia.

Fabrizio M. Azevedo
Cirurgião Geral
CRM-PR 9943-7 RQE Nº 3278



FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE Randauane Oliveira Miranda				UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO	
DATA: 17/10/19	P. ARTERIAL 120x77	PULSO 71	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO 60	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA normal							
SISTEMA CIRCULATÓRIO normal							
SISTEMA RESPIRATÓRIO suprência							
SISTEMA DIGESTIVO + de 8 h de jejum							
ESTADO MENTAL consciente, orientada							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO fratura úmero distal D							
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)							
APLICADO AS							
EFEITOS							
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO X				TOTAL DE DOSES	
Servo		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 10:20 11:20 </div>				<ol style="list-style-type: none"> 1 Fenil - 200mg 2 Lidocaina - 80mg 3 Propofol - 300mg 4 Atropina - 2mg 5 Cetorolona 20mg 6 Dexmedetomidina 10ug 7 Ranitidina 30mg 8 Clonidina 4mg 9 Clonidina 3mg 10 Cetamune 20mg 11 Propofol 100mg 12 Neostigmina 	
LÍQUIDOS		SO-UTO 500				SEQUÊNCIA	
		SANGUE 300				<ol style="list-style-type: none"> 1 Checar list 2 monitorização 3 Indicar volume 4 JOR, lubr 7 com cuff 5 sem intercorrências 6 Vm2 (modo PAV, peep) 7 Pneu 18 8 potassi ocular 10 100 mmHg 11 100 mmHg 12 100 mmHg 13 100 mmHg 14 RPA 15 100 mmHg 	
TEMPERATURA T		Cº					
P. ARTERIAL V O PULSO		38					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		etCO2					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O		SD2 %					
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS Anestesia Geral balanceada				INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES Tto de fratura úmero distal aberto							
CIRURGIÕES LAO							
ANESTESISTAS Joana							
PARITICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			



MOD 76 - HUT





**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

[illegible]

MÉDICO/CRM:

MOD: 007 - HUT



<http://tjpi.pje.ius.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414323507500000013719570>

Número do documento: 21020414323507500000013719570



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

250344

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	249220

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA	6 - Prontuário:	525155
NS:	708303290204860	8-Nascimento:	25/03/1992
9-Sexo:	Feminino	12-Fone:	86-99963-4766
Mãe:	MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA	14-Cor:	Sem Informação
Resp:	GENIVAL		
15-Endere:	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 INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:			
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR E FRATURA DE UMERU			
21 - Condições que justificam a internação:			
TTO CIRURGICO			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):			
RX+ EXAME FISICO			
23-Diagnóstico Inicial:	24-CID Prim:	25-CID Sec.:	26-CID C.Ass.:
Fratura da extremidade inferior do úmero	S424		



PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:	29-Procedimento Solicitado:	Tempo S	
0408020385	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA SUPRACONDILIANA DO UMERU		
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.:	31-Docum.:	32-Doc. Méd. Solic.:
	02	01	CPF
			004.798.243-80
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:	35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)	
RAUL RUBEN DE MACEDO NETO	08/10/2019		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico			
38-() Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
45 - Vínculo com a Previdência:			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documeto:	49-Num. Documento:
() CNS () CPF	
50 - Assinatura Paciente ou Responsável:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
	Usuário: (MARIA SILVA)
	Consulta Local: 745464
	Consulta SUS:
	Impressão: 08/10/2019 18:35:55





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



FMS

Fundação Municipal
de Saúde

Fis Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 17/10/2021

NOME DO PACIENTE: <i>Silviana Oliveira Menezes</i>	PRONTUÁRIO Nº: <i>525/55</i>
DIAGNÓSTICO: <i>FMT UB - MME + TRAUMA</i>	CIRURGIA: <i>Fratura de Ulna - MME</i>
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <i>03</i>
CIRURGIÃO: <i>LAETSE</i>	CPF Nº <i>Lao-Tsé Frontiers</i>
AUXILIAR:	CPF Nº <i>TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia</i>
ANESTESIA:	CPF Nº <i>CRM-PI 2660 5807 10306</i>
INSTRUMENTADORA: <i>Silviana</i>	CPF Nº

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 Nº <i>4-0</i>	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <i>2-0</i>	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	100		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 Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº <i>200</i>	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	<div><p>Joana Luísa Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL</p></div>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON				<div><p>ENFERMARIA:</p><p>CIRCULANTE: <i>Joana Luísa Mendes de Mesquita</i></p><p><i>20078</i></p></div>			
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENO							

MOD. 94





PACIENTE - Nome: Ediane Oliveira Miranda
 Nº AIH: 249226
 Nº do Prontuário: 525155 Data da Internação: / /
 Procedimento Médico Realizado: 0408020059
 Indicador de Compatibilidade: 0702031127
 MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Paulo Tse
 CRM Nº CPF Nº
 DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 17 / 10 / 19 DATA DA ALTA: / /

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

Teresina 17 de outubro de 2019

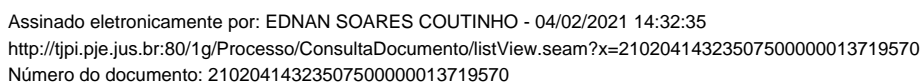
Nome do Hospital: HUT Zenen Rocha

C.N.P.J:

Assinatura:

Cargo:

Amalia





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2- CNES 5828856	Código da Internação
3- Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4- CNES 5828856	2492

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA	6 - Prontuário: 525155		
7- CNES: 708303290204860	8- Nascimento: 25/03/1992	9- Sexo: Feminino	NAOP INFORMADO
10- Mãe: MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA	12- Fone: 86-99963-4766		
11- Resp: GENIVAL	14- Fone: 86-99963-4766		
13- Roder: QD D CAS 21 - BELA VISTA - CEP: 64069-990	17- Cod. IBGE: 221100	18- UF: PI	19- CEP: 64069-990
15- Cidade: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31- Cod. Proce. Princip. 0408020059	30 - Procedimento Principal / Descrição: ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RÁDIO	
31- Cod. Procedi- mento Especial 0702031127	32 - Descrição do Procedimento Especial: PROTESE DE CABEÇA DE RADIO	Quant. Soli- cidada: 1
Fornecedor da OPM: PIMES		

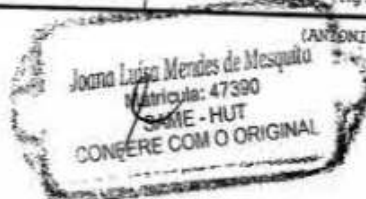
33- Profissional Responsável: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	40- Tp. Documento: CPF	41- Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
Data Solicitação: 17/10/2019	40- No. Doc. Méd. Solic.: 746.635.933-72	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Paciente em fase de
protese*

AUTORIZAÇÃO

34 - Nome do Profissional Autorizador:	47- Data Autorização:	48- CNS/CPF:
35- 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)



(ANTÔNIO EURIVAN)





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **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
Requisição: 1009993 Solicitação: 08/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1330173 Convênio: S U S

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 da partes moles.

Subscrever:

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: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **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
Requisição: 1009993 Solicitação: 08/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1330174 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 08/10/2019

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

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

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 15/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

João Luiz Mendes de Almeida
Médico
MÉDICO
SAME HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

PAGE: 2 DE 2

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
Hemossíntese: 1009993 Solicitação: 08/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Atividade: 1330175 Convênio: S.U.S

RELATÓRIO:

Cod. STA 0204040094

Data Exame: 08/10/2019

MAO DIREITA

- estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
- 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 Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47860
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

Página 1 de 1

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: 27a6m14d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 745464
Requisição: 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:

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

DR. ANTONIO

TERESINA - PI 08/10/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

Joana Luiza Miranda de Albuquerque
Matrícula: 47390
SAÚDE HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LIDAUANE OLIVEIRA MIRANDA** (Prontuário: 525155)
Endereço: QD D CAS 21 - BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Exame: 25/03/1992 Idade: 27a6m27d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 249226
Requisição: 1013359 Solicitação: 17/10/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1337361 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 237 LEITO 36

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.
- Tala gessada.

(LIDAO ANTONIO)

TERESINA - PI 21/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

Joana Luiza Mendes de Menezes
Matricada em 1350
SAME - HUT
- OFERECE COM O CARIÓTIPO







VÁLIDA 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
CERT. NASC.	529 L A1/F 141
EXP. CRATEUS-CE	25/09/78
TEREINA - PI	840.173.173-91
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	



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 RADIO 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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025468/20

Vítima: 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

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 RADIO 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



OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Lidiane Oliveira de Miranda		D. EXPEDIÇÃO: 12/02/16	
RG: 3.420.157	ORG. EMISSOR: SSP/PI	PROFISSÃO: Fisioterapeuta	
CPF: 060.154.033-65	ESTADO CIVIL: Solteira		
ENDEREÇO: CJ Bela Vista S/N Q-6 C-36		Nº: 36	
COMPLEMENTO: Casa		BAIRRO:	
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piau	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
---------------------	------------------------	-------------------

CPF: 840.173.173-51	Nº:544
ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO	CEP: 64000-335

BAIRRO: CENTRO	CIDADE: TERESINA	UF: PI	CEP:64000-235
----------------	------------------	--------	---------------

BAIRRO: CENTRO

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 DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA :

Lidouane Oliveira de Miranda

Data do acidente de trânsito : 08/10/2019

Cobertura da vítima : Involuntária

LOCAL / DATA: 13/01/2020

• laboratori Osservazione di miriade

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lúcio Magalhães, 122 - Centro - CEP: 63010-000 - Fone: (88) 3221-0119 - E-mail: teresina@cartorio3.com.br
Cidade: Teresina - Piauí - Brasil

