

Browser tabs: Email - A, Controle, Messenger, Sistema, Audiência, PJE Consulta, PJE 0828439, Baixar o, (37) What, Concurso.

Address bar: [tjpi.pje.jus.br/1/g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=629645&ca=57de0712104619bf86fb9f53d97d5768428...](https://tjpi.pje.jus.br/1/g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=629645&ca=57de0712104619bf86fb9f53d97d5768428...)

Processo Virtual Na... (33) WhatsApp Portal do Advogado Google Zimbra: Movimenta... Publicações Email - Alana Lima... Online Video Cutter...

**PJE** ProceComCiv 0828439-80.2020.8.18.0140  
CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS D...

14676644 - CONTESTAÇÃO (2783785 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 11/02/2021 10:08:01

11 Feb 2021

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 14676442 - CONTESTAÇÃO
    - 14676644 - CONTESTAÇÃO (2783785 CONTESTACAO 01)
    - 14676651 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
    - 14676657 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
    - 14676660 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
    - 14676663 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

10:08

downloadBinario.seam 1 / 9 100% +

2783785- CS/ 2021-002310/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADO ASSOCIADO

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

Processo n.º 08284398020208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

PT 10:08 11/02/2021



Número: **0828439-80.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **04/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA (AUTOR)		FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14676651	11/02/2021 10:08	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0039979/20

Vítima: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

CPF: 039.625.923-50

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/01/2019

Titular do CPF: CLEYLENNE NAYRA  
PINHEIRO LIMA

CPF de: Próprio

### 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

#### CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA : 039.625.923-50

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](http://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: 29/01/2020  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200048040 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA **Data do acidente:** 15/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO COM LESÃO ABRASIVA DE PARTES MOLES.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

**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 DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P.2,5,23,38(BAM) P.4,6,29,36,(EXAME) P.15(CIRURGIA) P.22,42(ALTA)

**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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO PARTICULAR			
<b>OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)</b>			
NOME: <u>Eleylene Nayra Pinheiro Lima</u>			
RG: <u>5.039.289</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>05/02/16</u>	
CPF: <u>039.625.923-50</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteira</u>	PROFISSÃO: <u>Estudante</u>	
ENDEREÇO: <u>Q-A BL-10 APT-07</u>			Nº: <u>07</u>
COMPLEMENTO: <u>Apartamento</u>		BAIRRO: <u>Parque Sul</u>	
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP: <u>64033-493</u>	TELEFONE: <u></u>

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

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:

Eleylene Nayra Pinheiro Lima

Data do acidente de trânsito: 31/05/2019

Cobertura da vítima: Invalidadez

LOCAL / DATA: Teresina 27 de janeiro de 2020

Eleylene Nayra Pinheiro Lima

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



Cartório Themistocles Sampaio  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Maria do Socorro de Carvalho de Sousa  
Escritoriente Autorizada  
Teresina - PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua Cláudio Magalhães, 1232 - Centro - CEP: 64002-200 - Teresina - PI - Fone: 3333-0119 - E-mail: [teresianacartorio3@teresianapi.pi.br](mailto:teresianacartorio3@teresianapi.pi.br)  
*Thamara - Assessoria Administrativa de Sampaio Pereira*

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE CLEYLENNE BAYRA  
PINHEIRO LIMA. DOU FE. EM TEST. TERESINA DA VERDADE.  
Teresina-PI, 27/01/2020. Selo: AAR99892-2CW3  
[www.tjpi.jus.br/portalexta](http://www.tjpi.jus.br/portalexta)

Maria do Socorro de Carvalho de Sousa-Escritoriente Autorizada  
Emol:3,85 TJ:0,77 FMS/PI:0,10 Selo:9,26 Total:4,98 - OP:36  
PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0039979/20

**Vítima:** CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

**CPF:** 039.625.923-50

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 15/01/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CLEYLENNE NAYRA  
PINHEIRO LIMA

### 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

#### CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA : 039.625.923-50

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](http://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: 29/01/2020  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048040

Vítima: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

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 15445681





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

**Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200048040**

**Vítima: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA**

**Data do Acidente: 15/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA**

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001607**

Conta: **0000030031-9**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002569/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/01/2020 13:54 Data/Hora Fim: 27/01/2020 14:09  
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 15/01/2019 19:45

Local do Fato

Município: Teresina (PI)  
Bairro: Cristo Rei  
Logradouro: AV. CELSO PINHEIRO

Tipo do Local: Via Pública

375069

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 23/01/1989 Idade: 31 anos  
Naturalidade: PI - Teresina Profissão: Estudante  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Antonia Celene Pinheiro

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 039.625.923-50

Endereço

Município: Teresina - PI  
Logradouro: QUADRA A, BL 10, AP 7  
Complemento: RESID. FRANCISCO DA CHAGAS OLIVEIRA  
Bairro: PARQUE SUL

Nome Civil: MANOEL MESSIAS PEREIRA DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 25/03/1989 Idade: 30 anos  
Naturalidade: PI - Teresina Profissão: Promotor de Vendas  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Antonia Francisca Pereira dos Santos

Documento(s)

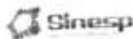
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 035.963.713-25

Endereço

Município: Teresina - PI Nº: 2015  
Logradouro: RUA CHAGAS LIRA  
Bairro: CRISTO REI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Página 1 de 2



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar  
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos  
Data de Impressão: 27/01/2020 14:10  
Protocolo nº: Não disponível

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002569/2020

<b>Grupo</b> Veículo	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>Descrição</b> MOTO	<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 143.732.718-44
<b>Placa</b> NIS3265	<b>Renavam</b> 00326855645
<b>Número do Motor</b> KD05E6B101437	<b>Número do Chassi</b> 9C2KD0560BR101437
<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2011/2011	<b>Cor</b> PRETA
<b>UF Veículo</b> Piauí	<b>Município Veículo</b> Pau D'Arco do Piauí
<b>Marca/Modelo</b> HONDA/NXR150 BROS KS	<b>Modelo</b> HONDA/NXR150 BROS KS
<b>Veículo Adulterado?</b> Não	<b>Quantidade</b> 1 Unidade
<b>Situação</b> Meio Empregado	<b>Última Atualização Denatran</b> 31/05/2016
<b>Situação do Veículo</b> NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Manoel Messias Pereira dos Santos	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A VITIMA QUE ERA PASSAGEIRA DA MOTO E ENDEREÇO CITADO. QUANDO O CONDUTOR/PROPRIETÁRIO PASSOU POR UM BURACO, ONDE AO DESVIAR PERDEU O CONTROLE E A PASSAGEIRA CAIU. LESIONADA FOI SOCORRIDA E ENCAMINHADA PARA O HUT. PRONTUÁRIO 499860. DECLARAÇÕES PRESTADA PELA VITIMA.

ASSINATURAS

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos  
escrivão  
Matrícula 0097616  
Responsável pelo Atendimento

Cleyenne Naysa Pinheiro Lima  
(Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas, e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourão Melo de Aguiar  
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos  
Data de impressão: 27/01/2020 14:10  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



# 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: 039.625.923-50 4 - Nome completo da vítima: Elylenne Nayra Pinheiro Lima

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

5 - Nome completo: Elylenne Nayra Pinheiro Lima 6 - CPF: 039.625.923-50  
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: 0-A BL-10 APT-07 9 - Número: 07 10 - Complemento: Apartamento  
11 - Bairro: Parque Sul 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64033-495  
15 - E-mail: ednanseguros@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 186 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 3607 CONTA: 30031 9 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 (vairnascido)? ☐ 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 28/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

tura do Representante Legal (se houver)

1007/2018

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200048040 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA **Data do acidente:** 15/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO COM LESÃO ABRASIVA DE PARTES MOLES.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

**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 DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P.2,5,23,38(BAM) P.4,6,29,36,(EXAME) P.15(CIRURGIA) P.22,42(ALTA)

**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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





## 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

OTTO PENTE C  
p/Declarar na  
caixa

## FOLHETO DE ENTRADA (BE)

Imp: 15/01/2019 20:37:19

(User: DR. GILBERTO)

(Estação: CONSULPA03)

NOME DO PACIENTE:

Nome: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Prontuário: 499860

Mãe: ANTONIA SELENE PINHEIRO

Pai:

End.Resid.: RESIDEN FCO DAS CHAGAS OLIVEIRA QUADRA ABL 10 AP 0 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI - CEP:

Nascimento: 23/01/1989

Idade: 29a11m23d

Sexo: Feminino

Fone: 86-94884-915

Responsável: A MESMA

CNS: 702307564593820

Profissão: ESTUDANTE

Documento: CPF: 039.625.923-50

Educação: Médio Completo

E.Civil: Solteiro(a)

Local: - - -

NOME DO ATENDIMENTO:

Módulo: 703018

Entrada: 15/01/2019 20:15:37

Convênio: S U S

Proced: 0301060029

Tipo da Procura

Nome Paciente/Acomp: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:

Classificação:

Cor:

- MAIOR

Dor intensa

Laranja

Descrição Clas. Risco:

ACIDENTE DE MOTO APOS CAIR EM UM BURACO NA AVENIDA. SEGUE COM ECG:15 E DOR EM  
DESEMPDO. DOR:8

DANYELLE ALVES VIEIRA

267041

Em: 15/01/2019 20:24:18

SÍG: (Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)

Peso: 60,00 Kg

Altura: 0,00 M

IMC: 0,00 Kg/m2

Pulso: bpm

Pressão: mmHg

## Anamnese Principal / Dados Clínicos / Conduta:

ACIDENTE VÍTIMA DE TRAUMA MOTOCICLISTICO (MOTO-BICICLETA). ESTAVA DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA,  
REF DO OTORRAGIA. REFERE DOR

NAS AERIAS PÉRVIAS, com COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA.

ECG - BT, SEM RA.

W, RR, 2T, SS. TEC&lt;2S ABDOMEN INDOLOR A PALPAÇÃO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.

REFLEXO: 15, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA, PUPILAS FOTOREAGENTES E ISOCÓRICAS.

DOR EM JOELHO ESQUERDO

Exame físico:

CID:

## Exames Complementares:

EX-01 - JOELHO ESQUERDO

EX-02 - PERNA ESQUERDA

## Prescrição Médica:

SFO, 9% 500ML, EV, PMV

ROPIRONA 01 AMPO + AD, EV, 6/6H

TRAMAL 01AMP + SFO, 9% 100ML, EV, ACM

AVALIAÇÃO ORTOPEDIA

## Motivo da Alta/Encerramento:

Alta (Adulto)

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO

CRM: Em: 15/01/2019 20:37:17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/02/2021 10:08:01

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021110080059100000013872834

Número do documento: 21021110080059100000013872834

Num. 14676651 - Pág. 14



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000030031-9

---

---

Nr. da Autenticação D88F2113D28DDACD



CNP: 27157474000108 - IE 195966574  
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Torres das Santas - CEP 64090-040, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRICULA	FATURA Nº	153991421
28036115-7	MÊS/ANO	12/2019

NOME / ENDEREÇO MORADOR: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA																																																					
RES FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA, Q-A-8L-10-APTO-07-PARQUE SUL-TERESINA-PI-cep: 99999999																																																					
LOCALIZAÇÃO		GRUPO	NÚMERO DO HIDRÔMETRO																																																		
010-00034-011795		010	Y19S257326																																																		
HISTÓRICO DE CONSUMO		ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>MÊS / ANO</th> <th>TIPO</th> <th>LIDO</th> <th>FATURADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>11-2019</td><td>Lido</td><td>12</td><td>12</td></tr> <tr><td>10-2019</td><td>Lido</td><td>08</td><td>10</td></tr> <tr><td>09-2019</td><td>Lido</td><td>08</td><td>10</td></tr> <tr><td>08-2019</td><td>Mínimo</td><td>08</td><td>10</td></tr> <tr><td>07-2019</td><td>Lido</td><td>10</td><td>10</td></tr> <tr><td>06-2019</td><td>Lido</td><td>10</td><td>10</td></tr> </tbody> </table>		MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO	11-2019	Lido	12	12	10-2019	Lido	08	10	09-2019	Lido	08	10	08-2019	Mínimo	08	10	07-2019	Lido	10	10	06-2019	Lido	10	10	1 Residencial - Normal																							
MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO																																																		
11-2019	Lido	12	12																																																		
10-2019	Lido	08	10																																																		
09-2019	Lido	08	10																																																		
08-2019	Mínimo	08	10																																																		
07-2019	Lido	10	10																																																		
06-2019	Lido	10	10																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ANTERIOR 14/11/2019</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>ATUAL 13/12/2019</td> <td>32</td> </tr> </tbody> </table>		DATA	LEITURA	ANTERIOR 14/11/2019	21	ATUAL 13/12/2019	32	CONSUMO MÊS M3		11																																											
DATA	LEITURA																																																				
ANTERIOR 14/11/2019	21																																																				
ATUAL 13/12/2019	32																																																				
TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>MÊS / ANO</th> <th>TIPO</th> <th>LIDO</th> <th>FATURADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>11-2019</td><td>Lido</td><td>12</td><td>12</td></tr> <tr><td>10-2019</td><td>Lido</td><td>08</td><td>10</td></tr> <tr><td>09-2019</td><td>Lido</td><td>08</td><td>10</td></tr> <tr><td>08-2019</td><td>Mínimo</td><td>08</td><td>10</td></tr> <tr><td>07-2019</td><td>Lido</td><td>10</td><td>10</td></tr> <tr><td>06-2019</td><td>Lido</td><td>10</td><td>10</td></tr> </tbody> </table>		MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO	11-2019	Lido	12	12	10-2019	Lido	08	10	09-2019	Lido	08	10	08-2019	Mínimo	08	10	07-2019	Lido	10	10	06-2019	Lido	10	10	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>REF.</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VALOR REFERENTE AGUA - 36,37</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>&gt; Residencial Normal</td> <td>11,0 m<sup>3</sup></td> <td>36,37</td> </tr> <tr> <td>VALOR DE ESGOTO - 29,10</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>&gt; Residencial Normal</td> <td>11,0 m<sup>3</sup></td> <td>29,10</td> </tr> <tr> <td>JUROS POR ATRASO</td> <td>001/001</td> <td>0,42</td> </tr> <tr> <td>MULTA POR ATRASO</td> <td>001/001</td> <td>1,13</td> </tr> </tbody> </table>			DESCRIÇÃO	REF.	VALOR	VALOR REFERENTE AGUA - 36,37			> Residencial Normal	11,0 m <sup>3</sup>	36,37	VALOR DE ESGOTO - 29,10			> Residencial Normal	11,0 m <sup>3</sup>	29,10	JUROS POR ATRASO	001/001	0,42	MULTA POR ATRASO	001/001	1,13
MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO																																																		
11-2019	Lido	12	12																																																		
10-2019	Lido	08	10																																																		
09-2019	Lido	08	10																																																		
08-2019	Mínimo	08	10																																																		
07-2019	Lido	10	10																																																		
06-2019	Lido	10	10																																																		
DESCRIÇÃO	REF.	VALOR																																																			
VALOR REFERENTE AGUA - 36,37																																																					
> Residencial Normal	11,0 m <sup>3</sup>	36,37																																																			
VALOR DE ESGOTO - 29,10																																																					
> Residencial Normal	11,0 m <sup>3</sup>	29,10																																																			
JUROS POR ATRASO	001/001	0,42																																																			
MULTA POR ATRASO	001/001	1,13																																																			
NÃO RESIDENCIAL FACA DE CONSUMO RS/M3 E (D)																																																					
VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR																																																			
26/12/2019		67,02																																																			
IRREGULARIDADES / ANOMALIAS																																																					
MENSAGEM																																																					
Nossos Arquivos acusa(m) 1 debito(s). Atenção - Sujeito a Corte. Procure a Loja de Atendimento.																																																					
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)																																																					
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO																																																
CLORO LIVRE	3187	3180	7	1,30	0,2-5,0 mg/L																																																
COR APARENTE	3487	3485	2	3,94	Inferior a 1																																																
PH	2474	2436	38	6,67	6,00-9,50																																																
CONDUTIVIDADE	3481	3477	4	0,93	Inferior a 5																																																
COLIFORMES TOTAIS																																																					
CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)																																																					
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO																																																
ESCHERICHIA COLI	1372	1372	0	Ausência	Ausente																																																
	1372	1372	0	Ausência	Ausente																																																
DATA DA EMISSÃO: 13/12/2019      HORA DA EMISSÃO: 13:37																																																					

1.42.348 20191213123759

**ÁGUAS DE TERESINA**

MATRICULA	FATURA Nº
28036115-7	153991421
	MÊS / ANO
	12/2019
VENCIMENTO	VALOR A PAGAR
26/12/2019	67,02

8261000000-7 67021535000-0 00201915399-4 14210100104-8



\*\*\* AVISO DE DÉBITO \*\*\*

Prezado cliente,  
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).  
Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa  
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do  
0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos  
listados serão cobrados na próxima fatura.

MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)	MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)
---------	------------	-------------	---------	------------	-------------





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

PARA CONTATO  
consulte o número  
ou o número

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal: 029074335

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

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

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 DA FATURA	CONSUMO	DATA DA FATURA
Atual:	21824	24/10/2019
Anterior:	21430	24/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	25/11/2019
Consumo Medido:	394	Próxima Leitura:
Consumo Faturado:	394	Emissão:
Forma de Faturamento: NORMAL	FCAM	Apresentação:
Código de Irregularidade:		Dias de Consumo:
		30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 22 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	210

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

SEU PAGADOR DE AVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM  
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.

RESERVAÇÃO AO FISCO 9781.7EAF.1F83.6845.69CD.848F.DDDF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	DESCRIÇÃO DA CONTA - 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%
	Valor do COFINS: 17,64

DESCRIÇÃO DA CONTA - R\$	DESCRIÇÃO DA CONTA - R\$
DIC	DESCRIÇÃO DA CONTA - R\$
Mês/ano	DESCRIÇÃO DA CONTA - R\$
Limita	5,31 10,63 21,25 3,11 6,23 12,45 3,03
Realizada	0,00 0,00 0,00

Consumo: TERESINA-MACAHA 0051869-7 0051869-7 0051869-7

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 000000000051 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 - 11/02/2021 10:08:01

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021110080059100000013872834

Número do documento: 21021110080059100000013872834

**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 numero 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Elylenne Nayra Pinheiro Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.625.923/50 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Elylenne Nayra Pinheiro Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.625.923/50, 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		Número	Complemento
<u>Rua 24 de Janeiro</u>		<u>544</u>	<u>Sala</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>PI</u>	<u>64000-235</u>
E-mail		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 28 de Janeiro de 2020  
Local e Data

x Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante

01 V001/2017





NOME DO PACIENTE: Cleylenne Nayra Pinheiro Lima

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 499860

**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

ORTOPEDIA C  
p/ Dr. Gilberto Brito

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

Nome:	CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA	Prontuário:	499860
Mãe:	ANTONIA SELENE PINHEIRO	Pai:	
End. Resid.:	RESIDEN FCO DAS CHAGAS OLIVEIRA QUADRA ABL 10 AP 0 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI - CEP:		
Nascimento:	23/01/1989	Idade:	29a11m23d
Responsável:	A MESMA	Sexo:	Feminino
Profissão:	ESTUDANTE	Fone:	86-94884-915
G. Instrução:	Médio Completo	CNS:	702307564593820
End. Local.:		Documento:	CPF: 039.625.923-50
		E. Civil:	Solteiro(a)

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	703018	Entrada:	15/01/2019 20:15:37	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						
Conforme Paciente/Acomp:							

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
TRAUMA MAIOR	Dor intensa	Laranja
História Clás. Risco:		
RELATO DE QUEDA DE MOTO APOS CAIR EM UM BURACO NA AVENIDA. SEGUE COM ECG:15 E DOR EM JOELHO ESQUERDO. DOR:8		DANYELLE ALVES VIEIRA 267041 Em: 15/01/2019 20:24:18

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**  
PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA MOTOCICLISTICO (MOTO-BICICLETA). ESTAVA DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. REFERE DOR  
1. VIAS AERIAS PÉRVIAS, COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA.  
2. MV + BT, SEM RA.  
3. SNE, SR, 2T, SS. TEC<2S ABDOMEN INDOLOR A PALPAÇÃO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.  
4. GLASGOW: 15, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA, PUPILAS FOTOREAGENTES E ISOCÓRICAS.  
5. LESÃO EM JOELHO ESQUERDO

Exames Complementares:	CID:
1136140 - JOELHO ESQUERDO	
1136141 - PERNAS ESQUERDA	

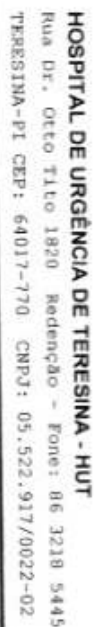
Prescrição Médica:
1. SFO, 9% 500ML, EV, PMV
2. DIFIRONA 01 AMPO + AD, EV, 6/6H
3. TRAMAL 01AMP + SFO, 9% 100ML, EV, ACM
4. AVALIAÇÃO ORTOPEDIA
5. Site cirurgias

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

Natureza Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
CRM: Em: 15/01/2019 20:37:17







**ST5**

## Ficha de Prescrição e Evolução Médica

**Consulta: 703018**  
Imp: 15/01/2019 20:37:19

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

IDENTIFICAÇÃO DO FUNCIONÁRIO:		Idade:	
Nome:	CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA	Local:	
Prontuário:	499860	Altura (m):	0,00
Tipo Sanguíneo:	Fator RH:	Peso (Kg):	0,00
		IMC (Kg/m <sup>2</sup> ):	0,00

ITEM:	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO:	SINAIS VITAIS:								
			HORA:	T:	P:	R/SátO2:	PA:	Dor:	Glicemia	Diurese	
1.	SFO, 98 500ML, EV, PMV										
2.	DIPIRONA 01 AMPO + AD, EV, 6/6H										
3.	TRAMAL 01AMP + SFO, 98 100ML, EV, ACM										
4.	AValiação ORTOPEDIA										
<div style="text-align: center;">  </div>			<div style="text-align: center;">  </div>								
REGISTROS DE ENFERMAGEM:											





**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: **CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA** (Prontuário: 499860)  
 Endereço: RESIDEN FCO DAS CHAGAS OLIVEIRA QUADRA ABL 10 AP 0 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI CEP: -  
 Nascimento: 23/01/1989 Idade: 30a1m29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 703018  
 Requisição: 911373 Solicitação: 15/01/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
 Controle: 1135141 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 15/01/2019

### PERNA ESQUERDA

O estudo radiológico da perna esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

\_\_\_\_\_(RSE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/03/2019

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





Ortopedia: Pat vítima de Acidente motorciclístico.  
relatando com trauma joelho E.

Problema: Dor aborrecida de joelhos mais joelho E. limitação  
do movimento distal com alterações.

Ex. em gatinhas. presença corpo estranho

ex: indicação de tte cirúrgico

Recurse a acompanhante (mãe) sob o nome transcrição  
em outro papel.





**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: **CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA** (Prontuário: 499860)  
 Endereço: RESIDEN FCO DAS CHAGAS OLIVEIRA QUADRA ABL 10 AP 0 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI CEP: -  
 Nascimento: 23/01/1989 Idade: 30a1m29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 703018  
 Requisição: 911373 Solicitação: 15/01/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
 Controle: 1136140 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Reg. SIA: 0204060125

Data Exame: 15/01/2019

### JOELHO ESQUERDO

O estudo radiológico do joelho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/03/2019

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Ficha de Atendimento  
Urgência / Adulto



DADOS DO PACIENTE

Nome: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA Idade: 29 Dt. Nascimento: 23/01/1989 02:00:00  
CPF: 03962592350 Identidade / RG: 5039289 Sexo: F  
Mãe: ANTONIA CELENE PINHEIRO Pai: CLEONES FRANCISCO LIMA DOS S Telefone: 988044559  
Carteirinha: 08650001866846020 Senha Aut: 105992732 Guia: 1185568  
Convênio: UNIMED INTERCAMBIO Plano: UNIMED BASICO Validade: 31/05/2019  
Endereço: AV FERROVIARIA QUADRA A CAS/ Bairro: ILHOTAS Complemento:  
CEP: Cidade: TERESINA Estado: PIAUI

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 600310 Prontuario: 40599 Data/Hora: 15/01/2019 22:54:26  
Origem do Atendimento: URGÊNCIA Usuario: ACFERREIRA  
Médico: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA  
Procedimento: CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: Telefone:  
Endereço: Bairro:  
Complemento:

Assinatura Cliente/Responsável

0.120180

200 = 98%

3.90



TERESINA

Nº do protocolo:

Status: AUTORIZADA

2-Nº. 1185568

1-Registro AIS	3-Nº. Guia Principal	4-Data de Autorização	5-Série	6-Data Vencimento da Guia	7-Número da Guia Atribuído pela Operadora
353353		15/01/19	105892732	16/03/19	23402765
8-Número da Carteira					
865 0001866946020					
9-Validade da Carteira					
31/05/2019					
10-Nome					
CLEYLENNE NAVIRA PINHEIRO					
11-Número Cartão Nac Saúde					
NAO					
12-Afastamento a RN					
NAO					
13-Código na Operadora					
45466					
14-Nome do Contratado					
CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO					
15-Nome do Profissional Solicitante					
CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO					
16-Conselho Profissional					
Conselho Regional de Medicina					
17-Número no Conselho					
4546					
18-UF					
PI					
19-Código CBO B					
225120					
20-Assinatura do Profissional					
21-Perfil da Solicitação					
1-Eleiva 2-Linha/Emergência					
2					
22-Data/Hora da Solicitação					
15/01/19 23:05					
23-Indicação Clínica (obrigatório se paciente criança, terapia, consulta de referência e alto custo)					
24-Tabela					
25-Código do Procedimento					
10101039					
26-Descrição					
Consulta em pronto socorro					
27-Qr. Solicitada					
1					
28-Qr. Autorizada					
1					
Status					
AUTORIZADO					
29-Código do Procedimento					
10101039					
30-Nome do Contratado					
HOSPITAL UNIMED TERESINA S/S LTDA					
31-CNES					
9101903					
32-Tipo Atendimento					
PRONTO SOCORRO					
33-Indicação de Acidente					
Não Acidente					
34-Tipo de Consulta					
Primeira Consulta					
35-Motivo Encerramento					
36-Data					
37-Hr Inicial					
38-Hr Final					
39-Tabela					
40-Cód Proced.					
41-Descrição					
42-Ordem					
43-Via					
44-Tec.					
45-%Realiz.					
46-Vlr. Unit.					
47-Valor Total					
48-Seq Ref					
49-Cr. Part.					
50-Código na Operadora/CPF					
51-Nome do Profissional					
52-Conselho Prof.					
53-Número Conselho					
54-UF					
55-Cód CB					
56-Data e Assinatura de Realização do Procedimento em Série					
57-Data e Assinatura de Realização do Procedimento em Série					
58-Observação / Justificativa					
59-Total Procedimentos R\$					
60-Total Taxas e Aluguéis R\$					
61-Total Material R\$					
62-Total de OPME R\$					
63-Total de Medicamentos R\$					
64-Total Gases Medicinais R\$					
65-Total Geral da Guia R\$					
66-Assinatura do Responsável pela Autorização					
Assinatura do Responsável					
Assinatura do Contratado					

## GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

1-Registro ANS 353353	3-Nº. Guia Principal	4-Data de Autorização 16/01/19	5-Serina 105992749	6-Data Validade da Serina 17/03/19	7-Número da Guia Atribuído pela Operadora 23402778	12-Atendimento a RN NAO
8-Número da Carteira 865 0001868846020		9-Validade da Carteira 31/05/2019		10-Nome CLEYLENE NAVRA PINHEIRO		11-Número Cartão Nac Saúde
13-Código na Operadora 110008066		14-Nome do Contratado HOSPITAL UNIMED TERESINA S/S LTDA		16-Conselho Profissional Conselho Regional de Medicina 2485		17-Número no Conselho 2485
15-Nome do Profissional Solicitante RAPHAEL NEVES BONA		18-Conselho Profissional Conselho Regional de Medicina 2485		19-Código CRO S 228270		20-Assinatura do Profissional
21-Caráter da Solicitação 1-Eleiva 2-Urgência/Emergência		22-Data/Hora da Solicitação 16/01/19 00:06		23-Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)		26-Status AUTORIZADO
24-Tabela 25-Código do Procedimento RX - Joelho 40804054		26-Descrição RX - Joelho		27-Qt. Solicitada 1		28-Qt. Autorizada 1
29-Cód. Operadora 110008066		30-Nome do Contratado HOSPITAL UNIMED TERESINA S/S LTDA		33-Indicação de Acidente Não Acidente		34-Tipo de Consulta
32-Tipo Atendimento PRONTO SOCORRO		35-Motivo Encerramento		31-CHES 9101903		
36-Data 37-Hr Inicial 38-Hr Final 39-Tabela 40-Cód. Proced. 41-Descrição 42-Ciõe 43-Via 44-I.pec. 45-X-Redu/c 46-VI. Unit. 47-Valor Total Status 48-Seq. Ref. 49-Gr. Part. 50-Código na Operadora/CNP 51-Nome do Profissional 52-Conselho Prof. 53-Número Conselho 54-UF 56-Cód. CB		55-Data e Assinatura da Realização do Procedimento em SADI		58-Observação / Justificativa		59-Total Procedimentos R\$ 60-Total Taxas e Anuidades R\$ 61-Total Material R\$ 62-Total de OpME R\$ 63-Total de Medicamentos R\$ 64-Total Gastos Medicinais R\$ 65-Total Geral da Guia R\$ 66-Assinatura do Responsável pela Autorização 67-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

TERESINA

Nº do protocolo:

Status: AUTORIZADA

2. Nº. 1185588

1-Registro ANS 353353	3- No. Guia Principal	4- Data de Autorização 16/01/19	5- Senha 105982635	6- Data Vencimento da Senha 17/03/19	7- Número da Guia Atendida pela Operadora 23402834	12- Atendimento a RN NAO
8- Nome do Beneficiário						
9- Número da Carteira 865 0001868846020						
10- Nome CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO						
13- Código na Operadora 110008066						
14- Nome do Contratado HOSPITAL UNIMED TERESINA S/S LTDA						
15- Nome do Profissional RAPHAEEL NEVES BONA						
16- Conselho Profissional Conselho Regional de Medicina						
17- Alimeto no Conselho 2485						
18- UF PI						
19- Código CBO S 225270						
20- Assinatura do Profissional						
21- Caracter da Solicitação 2						
22- Data/hora da Solicitação 16/01/19 05:22						
23- Indicação Clínica (obrigatória se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) sutura						
24- Tabeta 25- Código do Procedimento 30101786						
26- Descrição Sutura de extensos ferimentos com ou sem desbridamento						
27- Ql. Solicitada 1						
28- Ql. Autorizada 1						
29- Status AUTORIZADO						
30- Nome do Contratado HOSPITAL UNIMED TERESINA S/S LTDA						
31- CUES 9101903						
32- Tipo Atendimento						
33- Indicação de Acidente Não Acidente						
34- Tipo da Consulta						
35- Motivo Encerramento						
36- Data 37- H Inicial 38- H Final 39- Tabeta 40- Cod Proced. 41- Descrição 42- Qlde 43- Via 44- Tec. 45- S-RediAc 46- Vir. Unil. 47- Valor Total Status EXECUTADO						
48- Seq Ref 49- Gr. Part. 50- Código na Operadora/CPF 51- Nome do Profissional 52- Conselho Prof. 53- Número Conselho 54- UF 55- Cod. CB						
56- Data e Assinatura em Realizado em Procedimentos em Nome						
57- Observação / Justificativa						
58- Total Procedimentos R\$						
59- Total Taxas e Aluguéis R\$						
60- Total Materiais R\$						
61- Total de OPM R\$						
62- Total de Medicamentos R\$						
63- Total Gases Médicos R\$						
64- Total Geral da Guia R\$						
65- Assinatura do Responsável pela Autorização						
66- Assinatura do Contratado						

**TERESINA**

Nº do protocolo:

Status: AUTORIZADA

2-No. 1185587

1-Registro ANS 353363	3-No. Guia Principal	4-Data de Autorização 16/01/19	5-Seria 105992834	6-Data Válida da Seria 17/03/19	7-Número da Guia Atendida pelo Operadora 23402833	12-Atendimento a RM NAO
8-Mat. de Carreira 865 0001866846020		9-Validade da Carreira 31/05/2019	10-Nome CLEYENNE NAVRA PINHEIRO		11-Número Cartão Nac Saúde	
13-Código na Operadora 110008066		14-Nome do Contratado HOSPITAL UNIMED TERESINA S/S LTDA		17-Número no Conselho 2485		18-UF PI
15-Nome do Profissional Solicitante RAPIHAEL NEVES BONA		16-Conselho Profissional Conselho Regional de Medicina		19-Código CBO 3 225270		20-Assinatura do Profissional
21-Caráter da Solicitação 1-Emerg 2-Urgência/Emergência		22-Data/hora da Solicitação 16/01/19 05:20		23-Indicação Clínica (abrigado no pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)		24-Assinatura do Profissional
24-Tabela 25-Código do Procedimento 30711029	26-Descrição Imobilização de membro inferior	27-Qt. Solicitada 1	28-Qt. Autorizada 1	Status AUTORIZADO		31-CNES 9101993
29-Cad. Operadora 110008066		30-Nome do Contratado HOSPITAL UNIMED TERESINA S/S LTDA		33-Indicação de Acidente Outros		34-Tipo de Consulta
32-Tipo Atendimento TERAPIAS		35-Motivo Encerramento		36-Data 37-Hr Inicial 38-Hr Final 05:21		39-Tabela 40-Cad. Proced. 30711029
41-Descrição Imobilização de membro inferior		42-Qtde 1	43-Via 44-Tec. 45-Mat. de Ref. 46-Vr. Unit. 47-Valor Total	Status EXECUTADO		Blomel
48-Seq. Ref. 49-Gr. Part. 50-Código na Operadora CPF 51-Nome do Profissional		52-Conselho Prof. 53-Número Conselho		54-UF		55-Cód. CBO
56-Total e Assinatura da Realização de Procedimento em SHM						
1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-						
58-Observação / Justificativa						
59-Total Procedimentos R\$	60-Total Taxas e Aluguéis R\$	61-Total Materiais R\$	62-Total de OPMs R\$	63-Total de Medicamentos R\$	64-Total Gastos Médicos R\$	65-Total Geral da Guia R\$
66-Assinatura do Responsável pela Autorização						

Paciente...: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA  
Prescrição.: 821506 Data: 15/01/2019 23:42  
Atendimento: 600310 Dt Nasc: 23/01/1989 (29a 11m 23d)  
Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO  
Internação.: 15/01/2019 22:54 0 Dias(s) Int  
Medico...: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA  
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:  
Cid...: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: RAPHAEL NEVES BONA - CRM - PI - 2485  
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICINA	Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Datas/Horários
6 SUTURA D EXTENSOS FERIMENTOS C/ OU S/ DEBRIDAMENTO					AGORA	[15/01] 23:43
Prestador Executante: RAPHAEL NEVES BONA						
Justificativa: Extensa lesão corto contusa em face anterior do joelho E.						

TEOT-8579 CRM-PI 2485  
GATOPEDIO E TRAFUMATOLÓGIA  
Dr. Raphael Bona

RAPHAEL NEVES BONA

CRM 2485

Dr. Raphael Bona  
GATOPEDIO E TRAFUMATOLÓGIA  
TEOT-8579 CRM-PI 2485





HOSPITAL UNIMED TERESINA  
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente  
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1  
Emitido por: RBOA  
Em: 15/01/2019 23:03

Paciente...: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA  
Prescrição.: 821493 Data: 15/01/2019 23:03  
Atendimento: 600310 Dt Nasc: 23/01/1989 (29a 11m 23d)  
Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO  
Internação.: 15/01/2019 22:54 0 Dias(s) Int  
Médico...: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA  
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:  
Cid...: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: RAPHAEL NEVES BONA - CRM - PI - 2485  
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX JOELHO AP - LAT (ESQUERDO) ; Exame: 144279						

Dr. Raphael Bona  
RAPHAE NEVES BONA  
CRM 2485

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Paciente...: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA  
Prescrição.: 821509 Data: 15/01/2019 23:55  
Atendimento: 600310 Dt Nasc: 23/01/1989 (29a 11m 23d)  
Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO  
Internação.: 15/01/2019 22:54 0 Dias(s) int  
Médico...: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA  
Unid. Int.: Leito...: Cobertura:  
Cid...: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: RAPHAEL NEVES BONA - CRM - PI - 2485  
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICINA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 TALA GESSADA EM MEMBRO INFERIOR Prestador Executante: RAPHAEL NEVES BONA Obs.: Instalar tala gessada tipo tubo em membro inferior esquerdo!!!						

Dr. Raphael Bona  
CRM 2485

RAPHAEL NEVES BONA  
CRM 2485





# PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS (PEQUENAS CIRURGIAS)

DATA: 16 / 01 / 19

## RELATÓRIO

NOME: Cleferson Nogueira Lima	PRONTUÁRIO:
DIAGNÓSTICO: Exatense fisicamente melhor (E)	CONVÊNIO: Unimed Integrado
PROCEDIMENTO: Sutura de exatense fisicamente com debridamento em melhor (E)	
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO (TÉCNICA, SUTURAS, DRENAGENS, FECHAMENTO)	CIRURGIÃO

1.º em contato com o orientador de melhor (E) Anestesia  
artificial com paracetamol / limpeza mecânica - limpeza escrupulosa  
com S.F.C. 9% / debridamento do corpo extenso / debridamento melhor (E) / debridamento  
dos tecidos de vitalidade / aproximação dos bordos de F.C.  
em melhor (E) / Tal - se nada f.º no tubo não é apto para melhor (E)  
em melhor (E)

Dr. Raphael Bona

CIRURGIÃO - C.R.M.

## CONSUMO

FIOS	Nº	CÓDIGO	QUANT.	ANESTÉSICOS	UNID.	QUANT.
MONONYLON	5.0		01	XILOCAÍNA 2% S/V	FR	
MONONYLON	3.0		01	XILOCAÍNA 2% C/V	FR	01
CATGUT CROMADO				XILOCAÍNA 1% S/V	FR	
CATGUT SIMPLES				XILOCAÍNA 1% C/V	FR	
Siga Hip. DMC		40x12	01			
Siga Hip. DMC		40x13	01			

MEDICAMENTOS	UNID.	QUANT.	MATERIAIS	UNID.	QUANT.	SOLUÇÕES	UNID.	QUANT.
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML	FR		LUVAS Nº 8.0	PAR	01	ÉTER	ML	
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 250ML	FR		LUVAS Nº	PAR		P.V.P.I DEGERMANTE	ML	
POMADA	FR		LÂMINA DE BISTURI Nº	UNID		P.V.P.I TÓPICO	ML	
SOL RINGER C/ LACTATO	FR		SERINGA DESC 10 ML	UNID	01	ÁGUA OXIGENADA	ML	400
Soro 1000	FR	01	SERINGA DESC 5 ML	UNID	01			
			GAZE 7.5 X 7.5	ENVELOPE	09			
			ESPARADRAPO	CM	20			
			MICROPORÉ	CM				



Paciente...: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA  
Prescrição.: E21494 Data: 15/01/2019 23:04  
Atendimento: 600310 Dt Nasc: 23/01/1989 (29a 11m 23d)  
Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO  
Internação.: 15/01/2019 22:54 0 Dias(s) Int  
Médico.....: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA  
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:  
Cid.....: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: RAPHAEL NEVES BONA - CRM - PI - 2485  
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS		Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2	SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1	ML		IV	1 X AO DIA	[15/01] 23:04
3	(D1/1) CEFALOTINA PO SOL.INJ. 1G S/DIL -> AGUA DESTILADA SOL. INJ 10ML	2 FA 1 AMPOLA			IV	1 X AO DIA	[15/01] 23:04
4	TILATIL PO SOL.INJ. 20MG	1 FA			IV	1 X AO DIA	[15/01] 23:04
5	DIPIRONA SOL.INJ. 500MG/ML-2ML	1 AMPOLA			IV	1 X AO DIA	[15/01] 23:04

Dr. Raphael Bona  
CRM 2485

RAPHAEL NEVES BONA  
CRM 2485

PROTOCOLO SEPSE

PROTOCOLO SEPSE

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR  
**FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS**

NOME DO PACIENTE: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

RG: 5039289

UNIDADE:

LEITO:

DATA: 15/01/2019

ANTIBIÓTICO PRESCRITO:

1) cefalotina 1g

2)

3)

ESQUEMA TERAPÊUTICO (dose, via e frequência):

1) cefalotina 2g ev agora

2)

3)

INDICAÇÃO E TEMPO DE USO:

1) TERAPÊUTICA: antibioticoterapia de ataque

2) PROFILÁTICO CIRURGIA:

PROCEDIMENTO:

**PROTOCOLO SEPSE**

ESTUDO BACTERIOLÓGICO:

☐ SIM - RESULTADO

☐ NÃO - JUSTIFIQUE

Dr. Raphael Borges  
CRP 15850 e TRILV 15850  
TÉCNICO EM CONTROLE DE INFECÇÃO

MÉDICO SOLICITANTE (NOME E CARIMBO)

PARECER DA CCIH:





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

FHT  
Fundação Hospitalar  
de Teresina

SUS

## FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

\*NOME DO HOSPITAL: Hospital Unimed \*ESPECIALIDADE: Ortopedia

### I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

\*NOME: Cleyline Nayra Pinheiro Lima IDADE: 29 anos \*DN: 23/01/89

\*NOME DA MÃE: Antônio Mléria Pinheiro

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CARTÃO DO SUS: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

\*ID (Nº DO GESTOR SAÚDE): \_\_\_\_\_

\*CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: SEM URGÊNCIA ( ) POUCO URGENTE ( ) URGENTE ( )  
MUITO URGENTE ( ) PRIORIDADE MÁXIMA ( )

### I = TRANSFERÊNCIA

\*CLÍNICO ( )

\*CIRÚRGICO (X)

QUADRO CLÍNICO: Doi externo de trauma ortopédico envolvendo  
com fratura de um osso em pé de injúria.  
Exatidão clínica, comente, voluntária, suprema.

\*Pressão Arterial: X (mmHg) Saturação: \_\_\_\_\_ % Freq. Cardíaca: \_\_\_\_\_ (bpm)

\*Freq. Respiratória: \_\_\_\_\_ (rpm) Uso de O2: SIM ( ) NÃO ( ) Nível de Consciência: \_\_\_\_\_

\*Glicemia: \_\_\_\_\_ ISOLAMENTO: SIM ( ) NÃO ( )

EXAMES/RESULTADO:

Radiografia - sem fratura, presença de corpo estranho.

\*DIAGNÓSTICO: Fratura de osso com lesão extensa partes  
mole, radiografia evidenciando presença de corpo estranho.  
Além de tratamento cirúrgico.

\*CID 10: \_\_\_\_\_

\*TRATAMENTO REALIZADO:

Curativo

\*MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Concênio

\*DATA: 05/01/19

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa  
Ortopedia e Traumatologia  
2019.01.05





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

OTTO PESSI

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

Imp: 15/01/2019 20:37:19  
User: DR. GILBERTO  
Estação: CONSULPARI

Nome:	CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA			Prontuário:	499860
Mãe:	ANTONIA SELENE PINHEIRO			Pai:	
End. Resid.:	RESIDEN FCO DAS CHAGAS OLIVEIRA QUADRA ABL 10 AP 0 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI - CEP:				
Nascimento:	23/01/1989	Idade:	29a11m23d	Sexo:	Feminino
Responsável:	A MESMA		Fone:	86-94884-915	
Profissão:	ESTUDANTE		CNS:	702307564593820	
G. Instrução:	Médio Completo		Documento:	CPF: 039.625.923-50	
End. Local.:			E. Civil:	Solteiro(a)	

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	703018	Entrada:	15/01/2019 20:15:37	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
TRAUMA MAIOR	Dor intensa	Laranja
Breve História Clas. Risco: RELATO DE QUEDA DE MOTO APOS CAIR EM UM BURACO NA AVENIDA. SEGUE COM ECG:15 E DOR EM JOELHO ESQUERDO. DOR:8		DANYELLE ALVES VIEIRA 267041 Em: 15/01/2019 20:24:18
SSVV:	(Hora: ____:____)	

Peso:	3,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	bmp	Pressão:	mmHg
-------	---------	---------	--------	------	------------	--------	-----	----------	------

### Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA MOTOCICLISTICO (MOTO-BICICLETA). ESTAVA DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. REFERE DOR  
A) VIAS AERÉAS PÉRVIAS, COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA.  
B) MV + ST, SEM RA.  
C) BNF, RR, 2T, SS. TCC<2S ABDOMEN INDOLOR A PALPAÇÃO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.  
D) GLASGOW: 15, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA, PUPILAS FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS.  
E) LESÃO EM JOELHO ESQUERDO

### Diagnóstico Inicial:

CID:

### Exames Complementares:

(1136140) - JOELHO ESQUERDO  
(1136141) - PERNA ESQUERDA

### Prescrição Médica:

1. SFO, 9% 500ML, EV, PMV
2. DIFIRONA 01 AMPO + AD, EV, 6/6H
3. TRAMAL 01AMP + SFO, 9% 100ML, EV, ACM
4. AVALIAÇÃO ORTOPEDIA
5. Site curpe pial

### Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA:

HORA:



## Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Consultat: 703018

Emp: 15/01/2019 20:37:19

#### CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Sanguíneo:		Fator RH: <sup>10</sup>		Peso (Kg):	Altura (M):	IMC (Kg/m <sup>2</sup> ):	Leito:
CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA				499860			
PRONTUÁRIO DO PACIENTE:				Prontuário:	Local:		

**PRESCRIÇÃO MÉDICA:**

1. SF0, 9% 500ML, EV, PNV
2. DIPIRONA 01 AMPO + AD, EV, 6/6H
3. TRAMAL 01AMP + SF0, 9% 100ML, EV, ACM
4. AVALIAÇÃO ORTOPEDIA

### HORÁRIO:

[illegible]

## REGISTROS DE ENFERMAGEM:

1  
CROCE M.F.  
Maria Dalia Barroso e Silva





Ortopedia: Pat autôm de Acident motociclistas  
incluindo com trauma joelho e.

Posição: lesão abrasiva de partes mols joelho e. limitação  
ADM. neurovascular distal sem alterações.

Px: em fraturas. presença corpo estranho

CP: indicação de HLA arcuado

Pariente e acompanhante (mãe) isolaram transgênicos  
em outro parâmetro.



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 16/01/2019 00:04:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO  
LIMA

RG: 5039289

PESO:

IDADE: 29 Anos

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento: 23/01/1989

PRESTADOR ASSISTENTE: RAPHAEL NEVES BONA

DATA DE ATENDIMENTO: 15/01/2019 22:54:26

ATENDIMENTO: 600310

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: UNIMED INTERCAMBIO

PLANO: UNIMED BASICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: M255 - DOR ARTICULAR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: M255 - DOR ARTICULAR

DIAGNÓSTICO DE ALTA: M255 - DOR ARTICULAR

INFECÇÕES

ANTIBIÓTICO

DATA INICIAL

DATA FINAL

CEFALOTINA PO SOL. INJ. 1G S/DIL

15/01/2019

15/01/2019

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA MELHORADA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

RAPHAEL NEVES BONA

CRM-2485



Atendimento: 600310

Paciente: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Data de Nascimento: 23/01/1989

Médico Assistente: RAPHAEL NEVES BONA

Prestador Responsável: MARCOS AURELIO DA SILVA CARVALHO

Conselho / Número SEM CONSELHO - PE - null

Idade: 29 Anos 11 Meses

Leito Atual:

Setor: PRONTO ATENDIMENTO

Função: TECNICO EM GESSO

### ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 15/01/2019


Data anotação: 15/01/2019

Hora anotação: 23:56

Responsável: MARCOS AURELIO DA SILVA CARVALHO

Leito:

01:38 PACTE COM DOR ARTICULAR EM MMII ESQ. FOI SOLICITADO SUTURA+ IMOB. TIPO TALA TUBO, ONDE FOI UTILIZADO MALHA TBL+3 ATAD. GESSADA DE 20CM+3 ALG. ORT. DE 20CM+5 ATAD. DE CREPOM DE 20CM+ UM KIT SUTURA+ UM SORO DE 1000ML+ FIO MONONYLON 5.0 E 3.0+ 7 PCT DE GAZE. PROCEDIMENTO REALIZADO PACTE LIBERADO(A)!!!

  
MARCOS AURELIO DA SILVA CARVALHO  
SEM CONSELHO



Atendimento: 600310  
Paciente: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA  
Data de Nascimento: 23/01/1989  
Idade: 29 Anos 11 Meses  
Médico Assistente: RAPHAEL NEVES BONA  
Leito Atual:  
Prestador Responsável: MARIA GABRYELLA ALMEIDA FERNANDES  
Setor: PRONTO ATENDIMENTO  
Conselho / Número COREN - PI - 1283495  
Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

### ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 15/01/2019  
Data anotação: 15/01/2019  
Hora anotação: 23:03  
Responsável: MARIA GABRYELLA ALMEIDA FERNANDES  
Leito:

PACIENTE ADMITIDA NESTE SETOR DE URGENCIA PROCEDENTE DO HUT COM QUADRO DE DOR ARTICULAR, AVALIADA PELO PLANTONISTA CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, COLABORATIVA, NORMOTENSA, NORMOCARDIACA, BOA OXIMETRIA DE PULSO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE SEM APORTE DE O2. PREPARADO MEDICAÇÃO. PUNCIONADA COM JELCO Nº20 + POLIFIX COM SUCESSO. ADM MEDICAÇÕES C.P.M FEITO EXAMES DE IMAGEM + SUTURA + INICIADO ANTIBIÓTICO CEFALOTINA + IMOBILIZAÇÃO, SEGUE DE ALTA APOS TERMINO DA MEDICAÇÃO + REAVALIAÇÃO MEDICA.

  
MARIA GABRYELLA ALMEIDA FERNANDES  
COREN 1283495



Atendimento: 600310

Paciente: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Data de Nascimento: 23/01/1989

Médico Assistente: RAPHAEL NEVES BONA

Prestador Responsável: MARIA GABRYELLA ALMEIDA FERNANDES

Conselho / Número COREN - PI - 1283495

Idade: 29 Anos 11 Meses

Leito Atual:

Setor: PRONTO ATENDIMENTO

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

### ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 15/01/2019


Data anotação: 15/01/2019

Hora anotação: 23:03

Responsável: MARIA GABRYELLA ALMEIDA FERNANDES

Leito:

PACIENTE ADMITIDA NESTE SETOR DE URGENCIA PROCEDENTE DO HUT COM QUADRO DE DOR ARTICULAR, AVALIADA PELO PLANTONISTA, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, COLABORATIVA, NORMOTENSA, NORMOCARDIACA, BOA OXIMETRIA DE PULSO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE SEM APORTE DE O2. PREPARADO MEDICAÇÃO, PUNCIONADA COM JELCO Nº20 + POLIFIX COM SUCESSO. ADM MEDICAÇÕES C.P.M FEITO EXAMES DE IMAGEM + SUTURA + INICIADO ANTIBIÓTICO CEFALOTINA + IMOBILIZAÇÃO. SEGUE DE ALTA APOS TERMINO DA MEDICAÇÃO + REAVALIAÇÃO MEDICA.

  
MARIA GABRYELLA ALMEIDA FERNANDES  
COREN 1283495



Ficha de Atendimento  
Urgência / Adulto



781879

**DADOS DO PACIENTE**

Nome: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA	Idade: 30	Dt. Nascimento: 23/01/1989 02:00:00
CPF: 03962592350	Identidade / RG: 5039289	Sexo: F
Mãe: ANTONIA CELENE PINHEIRO	Pai: CLEONES FRANCISCO LIMA DOS S	Telefone: 988044559
Carteirinha: 08650001866846020	Senha Aut: 107316127	Guia: 1263167
Convênio: UNIMED INTERCAMBIO	Plano: UNIMED BASICO	Validade: 31/05/2021
Endereço: CONJUNTO RESIDENCIAL FRANCISCA	Bairro: PARQUE SUL	Complemento: QUADRA A BLOCO 10 A
CEP: 64036510	Cidade: TERESINA	Estado: PIAUI

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Atendimento: 781879	Prontuario: 40599	Data/Hora: 18/10/2019 18:54:55
Origem do Atendimento: URGÊNCIA		Usuario: FNCARVALHO
Médico: ALBERT BASILIO MEDEIROS		
Procedimento: CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

Nome:	Telefone:
Endereço:	Bairro:
Complemento:	

Assinatura Cliente/Responsável



PACIENTE: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

DATA NASC.: 23/01/1989

CPF: 03962592350

SEXO:

ATENDIMENTO: 781879

CONVÊNIO: UNIMED INTERCAMBIO

PROTÚARIO: 40599

QUEIXA PRINCIPAL DO PACIENTE

dois dias no joelho  
dor local  
dor após rebrada de corpo estranho

HDA

EXAME FÍSICO

DIAGNÓSTICO

TRATAMENTO PROPOSTO

ASSINATURA DO MÉDICO(a)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/02/2021 10:08:01

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021110080059100000013872834>

Número do documento: 21021110080059100000013872834

**DIAGNÓSTICO**

Atendimento: 781879

Prontuário: 40599

Data do atendimento: 18/10/2019 18:54:00

Paciente: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Idade: 30 anos e 9 meses

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Plano: UNIMED BASICO

Data de Nascimento: 23/01/1989

Médico(a) Assistente / CRM: ALBERT BASILIO MEDEIROS / CRM - PI - 3567

Função: MEDICO(A)

**DATA DIAGNÓSTICO:** 18/10/2019

**DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO:** M255 - DOR ARTICULAR (CID - 10)

**TEMPO DE DOENÇA:**

**DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS:**

ALBERT BASILIO MEDEIROS  
CRM 3567 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR





Unimed Ilhotas: 23/01/1969 idade: 30a 9m 21d  
Pedido: 188064 Atendimento: 781879  
Convênio: UNIMED INTERCAMBIO Data do Exame: 18/10/2019  
Med. Solicitante: ALBERT BASILIO MEDEIROS



## RX JOELHO ESQUERDO

### RELATÓRIO

O estudo radiológico do joelho esquerdo foi realizado nas incidências AP/PERFIL.

Os seguintes aspectos foram observados:

- Estruturas ósseas com morfologia e densidade radiográfica preservada.
- Espaços articulares fêmuro-tibial e patelo-femoral conservados.
- Partes moles sem alterações.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- O estudo radiológico do joelho esquerdo não evidencia anormalidades.

  
HERBERT GALENO PRADO MENDES  
CRM : 3242

HOSPITAL UNIMED ILHOTAS  
Rua Monsenhor Gil, 3330 - Cep 64001-545  
Fret Serafim - Teresina - Piauí Tel.: (86) 2107-8686  
Fax: (86) 2107-8652 CNPJ: 06.555.031/0001-95

HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA  
Rua Território Fernando de Noronha, 2566 - Cep 64007-250  
Teresina - Piauí, Tel.: (86) 2107-1600  
CNPJ: 06.555.031/0002-76

Site: [www.unimedteresina.com.br](http://www.unimedteresina.com.br) E-mail: [hospital@unimedteresina.com.br](mailto:hospital@unimedteresina.com.br)



# Relatório de Prescrição / Evolução

Paciente...: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA  
 Prescrição.: 1078515 Data: 18/10/2019 19:00  
 Atendimento: 781879 Dt Nasc: 23/01/1989 (30a 9m 21d)  
 Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO  
 Internação.: 18/10/2019 18:54 0 Dias(s) int  
 Médico...: ALBERT BASILIO MEDEIROS - CRM 3567  
 FUNÇÃO: MEDICO(A)  
 Unid. Int.: Leito.: Cobertura:  
 Cid...: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### MEDICAMENTOS

Qt	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	FA		IV	1 X AO DIA	[18/10] 19

### EXAMES LABORATORIAIS

Qt	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2	HEMOGRAMA COMPLETO ; Pedido: 241284				
1	VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO - VHS ; Pedido: 241284				

### EXAMES DE IMAGEM

Qt	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	RX JOELHO AP - LAT - OBLIQUAS (ESQUERDO) ; Exame: 188064				

Paciente...: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA  
 Prescrição.: 1078585 Data: 18/10/2019 20:45  
 Atendimento: 781879 Dt Nasc: 23/01/1989 (30a 9m 21d)  
 Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO  
 Internação.: 18/10/2019 18:54 0 Dias(s) int  
 Médico...: ALBERT BASILIO MEDEIROS  
 Unid. Int.: Leito.: Cobertura:  
 Cid...: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:  
 PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: ALCIOMAR VERAS VIANA - CRM - PI - 2631  
 FUNÇÃO: MEDICO(A)

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### MEDICAMENTOS

Qt	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	SORO FISIOLÓGICO-1000ML		IV	1 X AO DIA	[18/10] 20:45
1	TRAMADOL SOL INJ. 50MG/ML - 2ML (*)A2		IV	1 X AO DIA	[18/10] 20:45
1	-> SORO FISIOLÓGICO - 100ML				
1	RANITIDINA IV SOL. INJ. 50MG - 2ML		IV	1 X AO DIA	[18/10] 20:45
1	-> KIT EV 10ML				
1	DIPIRONA SOL INJ. 1G-2ML		IV	1 X AO DIA	[18/10] 20:45
1	-> SERINGA DESCARTÁVEL 3ML				
1	-> AGUA DESTILADA SOL. INJ 10ML				
1	-> SERINGA DESC. 10CC C/BICO S/AGULHA				
1	-> AGULHA-DESC. C/ISP.18GX1(40X12)				

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/02/2021 10:08:01  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021110080059100000013872834>  
 Número do documento: 21021110080059100000013872834

# Relatório de Prescrição / Evolução

Paciente...: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA  
 Prescrição.: 1078515 Data: 18/10/2019 19:00  
 Atendimento: 781879 Dt Nasc: 23/01/1989 (30a 9m 21d)  
 Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO  
 Internação.: 18/10/2019 18:54 0 Dias(s) int  
 Médico...: ALBERT BASILIO MEDEIROS - CRM 3567  
 FUNÇÃO: MEDICO(A)  
 Unid. Int.: Leito.: Cobertura:  
 Cid...: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 TILATIL PO SOLINJ. 20MG	1	FA		IV	1 X AO DIA	[18/10] . 19

### EXAMES LABORATORIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 HEMOGRAMA COMPLETO : Pedido: 241284						
3 VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO - VHS : Pedido: 241284						

### EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 RX JOELHO AP - LAT - OBLIQUAS (ESQUERDO) : Exame: 188064						

ALBERT BASILIO MEDEIROS  
 CRM 3567

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



MY PER Prontuário Eletrônico do Paciente  
Relatório de Prescrição / Evolução

Paciente.: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA  
Prescrição.: 1078515 Data: 18/10/2019 19:00  
Atendimento: 781879 Dt Nasc: 23/01/1989 (30a 9m 21d)  
Convênio.: UNIMED INTERCAMBIO  
Internação.: 18/10/2019 18:54 0 Dias(s) int.  
Médico.: ALBERT BASILIO MEDEIROS - CRM 3567  
FUNÇÃO: MEDICO(A)  
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:  
Cid.: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1						
TILATIL PO SOLINJ. 20MG	1	FA		IV	1 X AO DIA	[18/10] . 19

EXAMES LABORATORIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2						
HEMOGRAMA COMPLETO - Pedido: 241284						
3						
VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO - VHS - Pedido: 241284						

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4						
RX JOELHO AP - LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO) Exame: 188064						

ALBERT BASILIO MEDEIROS  
CRM 3567


SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



# Relatório de Prescrição / Evolução

Paciente...: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA  
 Prescrição: 1078585 Data: 18/10/2019 20:45  
 Atendimento: 781879 Dt Nasc: 23/01/1989 (30a 9m 21d)  
 Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO  
 Internação: 18/10/2019 18:54 0 Dias(s) int  
 Médico...: ALBERT BASILIO MEDEIROS  
 Unid, Int.: Leito.: Cobertura:  
 Cid.....: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:  
 PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: ALCIOMAR VERAS VIANA - CRM - PI - 2631  
 FUNÇÃO: MEDICO(A)

2ª VIA

Rubrica do Responsável


Alergias: NEGA ALERGIA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
5 SORO FISIOLÓGICO-1000ML	1	FR		IV	1 X AO DIA	[18/10] 20:45
6 TRAMADOL SOL.INJ. 50MG/ML - 2ML (*)A2	1	ML		IV	1 X AO DIA	[18/10] 20:45
-> SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1	FR				
7 RANITIDINA IV SOL. INJ. 50MG - 2ML	1	AMPOLA		IV	1 X AO DIA	[18/10] 20:45
-> KIT EV 10ML	1	KIT				
8 DAPIRONA SOL.INJ. 1G-2ML	1	AMPOLA		IV	1 X AO DIA	[18/10] 20:45
-> SERINGA DESCARTÁVEL 3ML	1	UND				
-> AGUA DESTILADA SOL. INJ. 10ML	1	AMPOLA				
-> SERINGA DESC. 10CC C/BICO S/AGULHA	1	UND				
-> AGULHA DESC. C/DISP.18GX1(40X12)	1	UND				

ALCIOMAR VERAS VIANA  
 CRM 2631

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



**Ficha de Atendimento**  
**Internação / Adulto**



775542

**DADOS DO PACIENTE**

Nome: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA	Idade: 30	Dt. Nascimento: 23/07/1989 02:00:00
CPF: 03962592350	Identidade / RG: 5039209	Sexo: F
Mãe: ANTONIA CELENE PINHEIRO	Pai: CLEONES FRANCISCO LIMA DOS	Telefone: 988044559
Carteirinha: 08650001866846020	Senha Aut: 107164507	Guia: 1254940
Convênio: UNIMED INTERCAMBIO	Plano: UNIMED BASICO	Validade: 31/05/2021
Endereço: CONJUNTO RESIDENCIAL FRANCIS	Bairro: PARQUE SUL	Complemento: QUADRA A BLOCO 10 A
CEP: 64038510	Cidade: TERESINA	Estado: PIAUI

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Atendimento: 775542	Prontuario: 40599	Data: 09/10/2019
Origem do Atendimento: INTERNAÇÃO	Usuario: JERAZAO	
Médico: JOSE RENATO BRANDIM GOMES		
Procedimento: ARTROTOMIA - TRATAMENTO CIRURGICO		
Unidade de Internação: POSTO 05		Leito: ENFERMARIA 752

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

Nome: ANTONIA CELENE PINHEIRO	Telefone: 988044559	
Endereço: RESIDENCIAL PORTAL DO SUL	Bairro: PARQUE SUL	Complemento: QUADRA A BLOCO 10 A

**Termo de Responsabilidade**

- 1ª - Autorizo o corpo clínico deste Hospital a praticar qualquer tratamento médico ou cirúrgico (operação, anestesia, transfusão ou outros) que for julgado necessário ou prudente no paciente acima identificado, assim como transferi-lo para outra unidade hospitalar desde que os médicos achem necessário.
- 2ª - Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirúrgico e anestésico.
- 3ª - Declaro que me responsabilizo pela retirada do paciente após a sua alta e estou ciente que o Hospital tomará as medidas legais para o seu encaminhamento caso o mesmo não seja retirado após a alta.
- 4ª - No caso de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, elas serão tomadas pelo Hospital de acordo com as normas legais.

Hospital Unimed - Setor Internação

Cliente / Responsável



**DIAGNÓSTICO**

Atendimento: 775542

Prontuário: 40599

Data do atendimento: 09/10/2019 08:19:00

Paciente: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Idade: 30 anos e 9 meses

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Plano: UNIMED BASICO

Data de Nascimento: 23/01/1989

Médico(a) Assistente / CRM: JOSE RENATO BRANDIM GOMES / CRM - PI - 2083

Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 09/10/2019

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: M255 - DOR ARTICULAR (CID - 10)

TEMPO DE DOENÇA:

DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS:

JOSE RENATO BRANDIM GOMES  
CRM 2083 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Paciente: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA  
Data nasc: 23/01/1989 Idade: 30a 9m 21d  
Pedido: 186571 Atendimento: 775542  
Convênio: UNIMED INTERCAMBIO Data do Exame: 09/10/2019  
Med. Solicitante: JOSE RENATO BRANDIM GOMES

Hospital  
**Unimed**   
Teresina

## RX JOELHO ESQUERDO

### RELATÓRIO

O estudo radiológico do joelho esquerdo foi realizado nas incidências AP/PERFIL:

Os seguintes aspectos foram observados:

- Enfisema de subcutâneo.
- Espaços articulares fêmuro-tibial e patelo-femoral conservados.
- Partes moles sem alterações.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Controle evolutivo pós-operatório.

  
DANIEL JOSE MARTINS BARBOSA  
CRM : 2706

HOSPITAL UNIMED ILHOTAS  
Rua Monsenhor Gil, 3330 - Cep 64001-545  
Frei Serafim - Teresina - Piauí Tel.: (86) 2107-8686  
Fax: (86) 2107-8652 CNPJ: 06.555.031/0001-65

HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA  
Rua Território Fernando de Noronha, 2566 - Cep 64007-250  
Teresina - Piauí. Tel.: (86) 2107-1600  
CNPJ: 06.555.031/0002-76

Site: [www.unimedteresina.com.br](http://www.unimedteresina.com.br) E-mail: [hospital@unimedteresina.com.br](mailto:hospital@unimedteresina.com.br)





Relatório de Evolução

Paciente: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Idade: 30 Anos 9 Meses 21 Dias

Data de Nascimento: 23/01/1989

Prestador Assistente: ALBERT BASILIO MEDEIROS

Conselho / Número Cons.: CRM - PI - 3567

Função: MEDICO(A)

EVOLUÇÃO MEDICA

Atendimento 775542

Leito: ENFERMARIA 75.2

Admissão: 09/10/2019 08:19

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Plano: UNIMED BASICO

EVOLUÇÃO: 1069754 (FECHADO)

Responsável: JOSE RENATO BRANDIM GOMES - CRM 2083  
/ ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

09/10/2019

Data/Hora do Documento:

09/10/2019 10:51

paciente internada para artrotomia de joelho esquerdo por conta de corpo estranho

JOSE RENATO BRANDIM GOMES  
CRM 2083



Relatório de Evolução

Paciente: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Idade: 30 Anos 9 Meses 21 Dias

Data de Nascimento: 23/01/1989

Prestador Assistente: ALBERT BASILIO MEDEIROS

Conselho / Número Cons.: CRM - PI - 3567

Função: MEDICO(A)

EVOLUÇÃO MEDICA

Atendimento: 775542

Leito: ENFERMARIA\_75-2

Admissão: 09/10/2019 08:19

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Plano: UNIMED BASICO

EVOLUÇÃO: 1070920 (FECHADO)

Responsável: JOSE RENATO BRANDIM GOMES - CRM 2083  
/ ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

10/10/2019

Data/Hora do Documento:

10/10/2019 13:46

PACIENTE BEM, SEM DOR  
FO EM BOM ESTADO  
PERFUSÃO OK  
CD ALTA COM AINH

JOSE RENATO BRANDIM GOMES  
CRM 2083



Relatório de Evolução

Paciente: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Idade: 30 Anos 9 Meses 21 Dias

Data de Nascimento: 23/01/1989

Prestador Assistente: ALBERT BASILIO MEDEIROS

Conselho / Número Cons.: CRM - PI - 3567

Função: MEDICO(A)

**EVOLUÇÃO MEDICA**

Atendimento: 775542

Leito: ENFERMARIA 75.2

Admissão: 09/10/2019 08:19

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Plano: UNIMED BASICO

**EVOLUÇÃO: 1070748 (FECHADO)**

Responsável: ITALO GOMES SUCUPIRA - CRM 6421

Data de Referência: 10/10/2019

Data/Hora do Documento: 10/10/2019 10:19

Chamado ao posto para avaliação de paciente .  
Informa prurido pelo corpo  
Sinais vitais estáveis

- Medicação

ITALO GOMES SUCUPIRA  
CRM 6421



# Relatório de Prescrição / Evolução

Paciente.: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA  
 Prescrição.: 1069860 Data: 09/10/2019 11:54  
 Atendimento.: 775542 Dt Nasc: 23/01/1989 (30a 9m 21d)  
 Convênio.: UNIMED INTERCAMBIO  
 Internação.: 09/10/2019 08:19 0 Dias(s) Int  
 Médico.: JOSE RENATO BRANDIM GOMES - CRM 2083  
 FUNÇÃO: MEDICO(A)  
 Unid. Int.: POSTO 05 Leito.: ENFERMARIA\_75.2 Cobertura: ENFERMARIA 2 LEITOS  
 Cid.: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DIETA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	DIETA LIVRE			CONTINUA	[09/10] 11:54
Obs.: após 16 h					

### MEDICAMENTOS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2	SORO GLICOSADO SOL.INJ.500ML	1 FA	IV	8/8 H	[09/10] . 16 [10/10] . 08
3	(D1/2) CEFALOTINA PO SOL.INJ. 1G S/DIL	1 FA	IV	8/8 H	[09/10] . 17 . 23 [10/10] . 05 . 11
	-> AGUA DESTILADA SOL. INJ 10ML	1 AMPOLA			
4	DIPIRONA SOL.INJ. 1G-2ML	1 AMPOLA	IV	8/8 H	[09/10] . 16 . 22 [10/10] . 04 . 10
	-> SERINGA DESCARTÁVEL 3ML	1 UND			
	-> AGUA DESTILADA SOL. INJ 10ML	1 AMPOLA			
	-> SERINGA DESC. 10CC CIBICO	1 UND			
	SIAGULHA	1 UND			
	-> AGULHA DESC.	1 UND			
	C/ISP.18GX1(40X12)				
5	PROFENID IV PO SOL.INJ.100MG	1 FA	IV	12/12 H	[09/10] . 23 [10/10] . 11
	-> SORO FISIOLÓGICO - 100ML	100 ML			
6	TRAMADOL SOL.INJ. 50MG/ML - 2ML (*)A2	2 ML	IV	ACM	
	-> SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1 FR			
7	RANITIDINA IV SOL. INJ. 50MG - 2ML	1 AMPOLA	IV	12/12 H	[09/10] . 23 [10/10] . 11
	-> KIT EV 10ML	1 KIT			
8	NAUSEDRON SOL.INJ. 4MG - 2ML	1 AMPOLA	IV	ACM	
	Obs.: SE NECESSÁRIO				
	-> SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1 FR			

### EXAMES DE IMAGEM

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
9	RX JOELHO AP - LAT (ESQUERDO) ; Exame:				
	186571				

### CUIDADOS GERAIS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
-----	---------	----	-----	------------	----------------



Relatório de Prescrição / Evolução

Paciente...: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Prescrição.: 1069860 Data: 09/10/2019 11:54

Atendimento: 775542 Dt Nasc: 23/01/1989 (30a 9m 21d)

Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO

Internação.: 09/10/2019 08:19 0 Dias(s) int

Médico...: JOSE RENATO BRANDIM GOMES - CRM 2083

FUNÇÃO: MEDICO(A)

Unid. Int.: POSTO 05 Leito.: ENFERMARIA\_75.2 Cobertura: ENFERMARIA 2 LEITOS

Cid.: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:

2ª VIA

Rubrica do Responsável



CUIDADOS GERAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
10 CUIDADOS INTERMEDIARIOS					6/6 H	[09/10] 11:54 17:54 23:54 [10/10] 05:54 11:54

FISIOTERAPIA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
11 FISIOTERAPIA MOTORA					1 X AO DIA	

JOSE RENATO BRANDIM GOMES  
CRM 2083

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/02/2021 10:08:01

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021110080059100000013872834>

Número do documento: 21021110080059100000013872834

# Relatório de Resumo de Alta

## RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 10/10/2019 13:52:00

### IDENTIFICAÇÃO

NOME: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

RG: 5039289

PESO:

IDADE: 30 Anos

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento: 23/01/1989

PRESTADOR ASSISTENTE: JOSE RENATO BRANDIM GOMES

DATA DE ATENDIMENTO: 09/10/2019 08:19:47

ATENDIMENTO: 775542

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: UNIMED INTERCAMBIO

PLANO: UNIMED BASICO

### DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: M255 - DOR ARTICULAR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: M255 - DOR ARTICULAR

DIAGNÓSTICO DE ALTA: M255 - DOR ARTICULAR

### EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

09-10-2019 RX JOELHO AP - LAT (ESQUERDO)

### INFECÇÕES

ANTIBIÓTICO

DATA INICIAL

DATA FINAL

CEFALOTINA PO SOL.INJ. 1G S/DIL

09/10/2019

09/10/2019

### TRATAMENTO TERAPÊUTICO

PRESTADOR: JOSE RENATO BRANDIM GOMES

ÚLTIMA:

10/10/2019

### EVOLUÇÃO

PACIENTE BEM, SEM DOR

PO EM BOM ESTADO

PERFUSÃO OK

CD ALTA COM AINH

### CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA MELHORADA

PROCEDIMENTO DE ALTA: ARTROTOMIA - TRATAMENTO CIRURGICO

JOSE RENATO BRANDIM GOMES

CRM-2083

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/02/2021 10:08:01

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021110080059100000013872834>

Número do documento: 21021110080059100000013872834

NOME : CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

MÉDICO : JOSE RENATO BRANDIM GOMES

NÚMERO : 448182

DATA : 14/03/2019

FATURA: 4929436



## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

### RELATÓRIO

#### TÉCNICA:

- Exame realizado em sequências de Spin-echo e Fast spin-echo ponderadas em T2 e DP, com e sem saturação de gordura, em corte multiplanares, sem infusão do meio de contraste paramagnético.

#### ACHADOS:

- Artefatos ferromagnéticos ao nível da tela subcutânea profunda, adjacente a margem ântero-medial da região metafisária da tibia, próximo a inserção distal da pata anserina, distando em cerca de 2,1 cm do respectivo platô tibial, degradando parcialmente algumas imagens.
- Há também, pequenos focos de artefatos ferromagnéticos na tela subcutânea superficial margeando a pele, ao nível ântero-medial da patela, associado a edema sem coleções.
- Tênuo edema da gordura infrapatelar súpero-patelar, podendo corresponder a hipersolicitação do mecanismo extensor.
- Demais planos músculos-adiposos peri-capsulares no campo de estudo íntegros.
- Ausência de derrame intra-articular.
- Estrutura óssea cortical e esponjosa dentro dos limites de normalidade.
- Meniscos medial e lateral apresentando formas, contornos e sinais preservados.
- Ligamentos cruzados anterior e posterior de espessura e intensidade de sinal normal.
- Ligamentos colaterais medial e lateral anatômicos.
- Tendão do mecanismo extensor com componentes quadricipital e patelar preservados.
- Superfícies articulares femoro-tibiais e femoro-patelares apresentando revestimento cartilaginoso homogêneo e com espessuras habituais.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Artefatos ferromagnéticos ao nível da tela subcutânea profunda, adjacente a margem ântero-medial da região metafisária da tibia. Há também, pequenos focos de artefatos ferromagnéticos na tela subcutânea superficial margeando a pele, ao nível ântero-medial da patela, associado a edema sem coleções. Tais achados são inespecíficos, no entanto, no contexto clínico, deve-se considerar como principal hipótese a presença de corpo estranho.

Digite: RODRIGO

24/03/2019 10:08:01

Rodrigo Camargo Vasconcelos  
CRM 5180

Evaldo Teixeira Nunes  
CRM 2185



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/02/2021 10:08:01

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021110080059100000013872834>

Número do documento: 21021110080059100000013872834