

Screenshot of a web browser showing a digital document viewer interface.

The title bar shows the URL: [tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=629645&ca=57de0712104619bf86fb9f53d97d5768428...](https://tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=629645&ca=57de0712104619bf86fb9f53d97d5768428...)

The main content area displays a digital document titled "downloadBinario.seam". The document header includes:

- Logo: JOÃO BARBOSA ADVOCADOS ASSOCIADOS
- Document ID: 2783785-C3/2021-00210/ INVALIDEZ
- Text: EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI
- Text: Processo n.º 08284398020208180140
- Text: SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

The left sidebar shows a tree view of the document structure:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 1467642 - CONTESTAÇÃO
    - 14676644 - CONTESTAÇÃO (2783785 CONTESTACAO 01)
    - 14676651 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
    - 14676657 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracão compressed)
    - 14676660 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
    - 14676663 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

At the bottom right of the screen, there is a system tray with icons for network connection, battery level, and date/time (11/02/2021, 10:08).



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
<b>CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA (AUTOR)</b>	<b>FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14676 651	11/02/2021 10:08	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	5.039.289	DATA DE EXPEDIÇÃO	01/02/16
NOME	CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA		
PAI/LAÇAO	ANTONIA CLELINE PINHEIRO CLEONES FRANCISCO LIMA DOS SANTOS		
NATURALIDADE	TERESINA-PI		
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 193134 L 227A/F 173 CNPJ EXP TERESINA-PI 07/10/91 TELEFONE 039.625.923-50		
ASSINATURA DO CERTIFICADOR			
LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83			



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

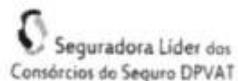
Num. 14676651 - Pág. 1



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. 2

## 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

**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



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. 3

## 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****OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)**

<b>NOME:</b> Eleylenne Nayra Pinheiro Lima			
RG: 5.039.289	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 01/02/16	
CPF: 039.625.923-50	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: Estudante	
ENDEREÇO: Q-A BL-10 APTO - 07		Nº: 07	
COMPLEMENTO: Apartamento	BAIRRO: Parque Sul		
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piauí	CEP: 64033-498	TELEFONE:

**OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)**

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

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

Eleylenne Nayra Pinheiro Lima

Data do acidente de trânsito: 15/01/2019

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina 27 de Janeiro de 2020

Eleylenne Nayra Pinheiro Lima

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



Antônio Themistocles Sampaio  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Maria do Socorro de Carvalho de Souza  
Escrevente Autorizada  
Teresina - PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua Lúcio Viegas, 123 - Centro - CEP: 65000-000 - Telefone/Fax: (86) 3221-0118 - E-mail: [teresina@cartorios.tjpi.jus.br](mailto:teresina@cartorios.tjpi.jus.br)  
Márcia Andrade Góes/Assistente de Cartório - Presidente  
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE CLEYLENNE MAYRA  
PINHEIRO LIMA. DOU PE. EM TESTE.  DA VERDADE.  
Teresina-PI, 27/01/2020. Selo: AAR99892-2CM3  
[www.tjpi.jus.br/portalextra](http://www.tjpi.jus.br/portalextra)

Maria do Socorro de Carvalho de Souza - Escrevente Autorizada  
Emol:3,85 TJ:0,77 FNMP/PI-0,20 Selo:8,26 Total:4,98 - OP:3E  
PROCURAÇÃO PARTICULAR - OPVAT

3º OFÍCIO DE NOTAS  
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

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15445681



2002 00722/00724 2004-01 INV/WI IDEZ



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

Núm. 14676651 - Pág. 8



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

Receptor: CLEI LENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001607

Cuenta: 0000030031-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

[View Details](#)

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

575069

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

EN VOLVIDO(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)



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

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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. 10



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002569/2020

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTO	CPF/CNPJ do Proprietário 143.732.718-44
Placa NIS3265	Renavam 00326855645
Número do Motor KD05E6B101437	Número do Chassi 9C2KD0560BR101437
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Cor PRETA
UF Veículo Piauí	Município Veículo Pau D'Arco do Piauí
Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS KS	Modelo HONDA/NXR150 BROS KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	Última Atualização Denatran 31/05/2016
Situação do Veículo 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, PRONTUARIO 499860 . DECLARAÇÕES PRESTADA PELA VITIMA.

ASSINATURAS

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos  
escrivão  
Matrícula 0097616

Responsável pelo Atendimento

Cleylenne Nayra Pinheiro Lima  
Cleylenne Nayra Pinheiro Lima  
(Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei, originariamente, conforme previsto nos Artigos 539-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/02/2021 10:08:01  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102111008005910000013872834>  
Número do documento: 2102111008005910000013872834

Num. 14676651 - Pág. 11

# 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:

Eleylenne 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:	Eleylenne Nayra Pinheiro Lima		6 - CPF:	039.625.923-50	
7 - Profissão:	Estudante	8 - Endereço:	Q - A BL - 10 APTO - 07	9 - Número:	07
11 - Bairro:	Parque Sul	12 - Cidade:	Teresina	13 - Estado:	PI
15 - E-mail:	edvansseguros20@hotmail.com		14 - CEP:	64033-495	
			16 - Tel.(DDD):	186199534-6565	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3607 CONTA: 30631 Dígito: 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

Autorizo a Seguradora 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

Eleylenne Nayra Pinheiro Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

tura do Representante Legal (se houver)

1000/2020

## 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
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



*auto PESP C  
 P/Davolher na  
 Caixa.*

**LETIM DE ENTRADA (BE)**

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 15/01/2019 20:37:19  
 User: DR. GILBERTO  
 (Estação: CONSULPA03)

Nome: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA		Prontuário: 499860
Pai: ANTONIA SELENE PINHEIRO		
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	
Escolar: ESTUDANTE	Documento: CPF: 039.625.923-50	
Instrução: Médio Completo	E.Civil: Solteiro(a)	
Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

**DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

Sintoma de Apresentação: A dor	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Descrição Clas. Risco: QUEDA DE MOTO APOS CAIR EM UM BURACO NA AVENIDA. SEGUO COM ECG:15 E DOR EM DEBEMPO. DOR:8		DANYELLE ALVES VIEIRA 267041 Em: 15/01/2019 20:24:18

EVV: (Hora: ____ : ____ )				
6,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	Pulso: bmp	Pressão: mmHg

Síntoma Principal / Dados Clínicos / Conduta:	
VÍTIMA DE TRAUMA MOTOCICLISTICO (MOTO-BICICLETA). ESTAVA DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, DOR OU OTORRAGIA. REFERE DOR AO AEREAIS PÉRIAS, com COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA. D - BT, SEM RA. P. PR, 2T, SS. TEC<2S ABDOMEN INDOLOR A PALPAÇÃO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. LESION: 15, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA, PUPILAS FOTORREAGENTES E ISOCORICAS. DOR EM JOELHO ESQUERDO	

Localização inicial:	CID:
Sintomas Complementares:	
1401 - JOELHO ESQUERDO 1111 - PERNAS ESQUERDA	

Prescrição Médica:	
100,9% 500ML, EV, PMV COPRIRONA 01 AMPO + AD, EV, 6/6H TRANAL CLAMP + SF0,9% 100ML, EV, ACM AVALIAÇÃO ORTOPEDIA <i>este corpo mal</i>	

Critério da Alta/Encerramento:	
Cond. (Adulto)	DATA: / / . HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

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



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 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



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

Num. 14676651 - Pág. 15



CNPJ: 27157474000108 - LI 189965578  
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Edificios Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

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

NOOME/ENDERECO MORADOR CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA
---

RES FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA, Q-A-BL-10-APTO-07-PARQUE  
SUL-TERESINA-PI-cep:99999999

LOCALIZAÇÃO 010-00034-011795	GRUPO 010	NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y195257326
---------------------------------	--------------	------------------------------------

HISTÓRICO DE CONSUMO			ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA	
MÊS / ANO	TIPO	USO	FATURADO	1 Residencial - Normal
11-2019	Líq.	12	12	
12-2019	Líq.	25	18	
01-2019	Líq.	28	19	
02-2019	Minhas	88	19	
03-2019	Líq.	18	19	
04-2019	Líq.	12	19	

DATA ANTERIOR 14/11/2019	LEITURA 21	CONSUMO MÊS MÉDIO 11	LR 12.7410016
ATUAL 13/12/2019	32	PIS/PASEP 67,82x1,65% = 1,12	COFINS 67,82x1,18% = 5,83

TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
RESIDENCIAL		VALOR REFERENTE ÁGUA - 36,37	REF. VALOR
FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E DI		> Residencial-Normal 11,0 m3	36,37
9 19 3 36,37 46		VALOR DE ESGOTO - 29,10	
19 25 5,7120 66		> Residencial-Normal 11,0 m3	29,10
25 999999 9,8618 66		JUROS POR ATRASO 001/001	0,42
		MULTA POR ATRASO 001/001	1,13

NÃO RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E DI

VENCIMENTO  
26/12/2019 TOTAL A PAGAR  
67,02

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM  
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.  
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

CLASSIFICAÇÃO  
ACORDO COM OS ESTUDOS DE RISCO PRACTICADOS, O SISTEMA DE SUPPLY DE ÁGUA  
ESTÁ CLASSIFICADO COMO: Fisiológico (F), 11,445/2007, Nível 2, Nível 2 e 3, 6,675/2005, Art. 01, 32, 3400/01.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.942.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	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 15
pH	2474	2436	38	6,87	6,00-9,50
HANGLAGE	3481	3477	4	0,93	Inferior a 5
DOLIFORMES TOTais					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLOGÍCAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.942.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	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

1.43.348 28036115-7 ÁGUAS DE  
TERESINA

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

VENCIMENTO 26/12/2019	VALOR A PAGAR 67,02
--------------------------	------------------------

82610000000-7 67021535000-0 00201915399-4 14210100104-8



#### \*\*\* AVISO DE DEBITO \*\*\*

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\$)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/02/2021 10:08:01  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102111008005910000013872834  
Número do documento: 2102111008005910000013872834



SEU CÓDIGO  
Para o consumo  
correto, informe  
seu Número

0051869-7

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 51-  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

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	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
<b>OUTUBRO/2019</b>	<b>31/10/2019</b>	<b>394</b>	<b>411,88</b>

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 LEITURA		DADOS DA FEBRABAN	
Atual:	21824	Abat:	24/10/2019
Anterior:	21430	Anterior:	24/09/2019
Constante de Multiplicador:	1.000	Próxima Leitura:	25/11/2019
Consumo Medido:	394	Emissão:	23/10/2019
Consumo Faturado:	394	Apresentação:	24/10/2019
Período de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 30

DADOS DE DISTRIBUIDORA CONSUMIDOR	
Classe/Subclasse	Ligação Número Medidor Posto Código Pct. Média 22 meses

COMERCIAL	MONO	A1418740	3.5.3.1	210
-----------	------	----------	---------	-----

HISTÓRICO kWh		DESCRÍPCAO DA CONTA	
Médiano consumo	CONSUMO	394 A R\$ 0,944936 =	372,30
SET/19	368	CONTROLE ILUMINACAO PUB. (COISIP)	30,03
AGO/19	285	MULTA POR ATRASO DE I 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 -	4,78
MAR/19	243	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	3,12
FEV/19	297		
JAN/19	365		
DEZ/18	57		
TARIFA COM TRIBUTOS:			
0 R\$ 394 - 6,63018			

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

RESERVADO AO PISCO 9781.7EAF.1F83.6845.69CD.84BF.0DDF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	73,20	Base de Cálculo:	372,30
Energia:	141,48	Alíquota ICMS:	27,80%
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

DETALHAMENTO DE CONSUMO DIÁRIO						
	DIA		DATA		VALOR	
Mês:	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45
Residência:	0,00			0,00		0,00

Consumo: TERESINA-MACAUPI

ROT: 17.001.31.11.020500

SEU CÓDIGO

0051869-7

TOTAL A PAGAR - R\$

411,88

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

31/10/2019

Nº da Nota Fiscal: 029074335 FCAM

83650000004 4 11880017008 3 00000000051 3 86971019008 1



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/10/2019 T.ENTR.: 09  
LEITURA: 21824 NORMAL TOTAL: 411,88 CARGA: 010  
DT.VENC.: 31/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/02/2021 10:08:01  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102111008005910000013872834>  
Número do documento: 2102111008005910000013872834

Num. 14676651 - Pág. 17



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 Monques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Eleylenne Rezende Pinheiro Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.625.923/50, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Eleylenne Rezende Pinheiro Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.625.923/50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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	Teresina	Estado	PI	CEP	<u>64000-235</u>
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)			<u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 28 de Janeiro de 2020  
Local e Data

x Nelle Roze Soares Monques  
Assinatura do Declarante

01/V001/2017





NOME DO PACIENTE: Cleylenne Nayra Pinheiro Soima

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".



*autopesta C  
 P/D do dia 15/01/2019  
 15/01/2019*

**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: 29anos23d	Sexo: Feminino Fone: 86-94884-915
Responsável: A MESMA	CNS: 702307564593820	
Profissão: ESTUDANTE	Documento: CPF: 039.625.923-50	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

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: TRAUMA MAIOR	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
História Clas. Risco: ACIDENTE DE QUEDA DE MOTO APOS CAIR EM UM BURACO NA AVENIDA. SEGURO COM ECG:15 E DOR EM JOELHO ESQUERDO. DOR:8		
		DANYELLE ALVES VIEIRA 267041 Em: 15/01/2019 20:14:18

SSVV: (Hora: ____ : ____ )				
0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: bmp	Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: VITIMA DE TRAUMA MOTOCICLISTICO (MOTO-BICICLETA). ESTAVA DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, RITOS OU OTORRAGIA. REFERE DOR VIA AEREA PÉRVIAS, COM COLAR CERVICAL E PRANCHAS RIGIDA. NV + BI, SEM RA. TEC<2S ABDOMEN INDOLOR A PALPAÇÃO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. GLASGOW: 15, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA, PUPILLAS FOTORREAGENTES E RISOCORICAS. LESÃO EM JOELHO ESQUERDO.				
Exame complementar:				CID:
Exames Complementares: 136140) - JOELHO ESQUERDO 136141) - PERNAS ESQUERDA				

Prescrição Médica: 1. SF0,9% 500ML, EV, PMV 2. DIPIRONA 01 AMPO + AD, EV, 6/6H 3. TRAMAL 01AMP + SF0,9% 100ML, EV, ACM 4. AVALIAÇÃO ORTOPEDIA <i>S - Este paciente não</i>	
Motivo da Alta/Encerramento: Observação (Adulto) DATA: / / - HORA: : .	

natura Paciente ou Responsável

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





**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



## Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Consulta: 703018  
Ins: 15/01/2019 20:37:19

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

<u>Name:</u> CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA	<u>Prontuário:</u> 499860	<u>Local:</u>	<u>Leito:</u>
<u>Tipo Sanguíneo:</u>	<u>Fator RH:</u>	<u>Peso (Kg):</u> 0,00	<u>Altura (M):</u> 0,00 <u>IMC (Kg/m<sup>2</sup>):</u> 0,00

### PRESCRIÇÃO MÉDICA:

### HORÁRIO:

### SINAIS VITais:

ITEM:	HORA:	T:	P:	R/SatO2:	PA:	Dor:	Glicemia	Diurese
1. SFO, 9% 500ML, EV, PRV								
2. DIPIRONA 01 AMP + AD, EV, 6/6H								
3. TRAMAL 01AMP + SFO, 9%, 100ML, EV, ACM								
4. AVALIAÇÃO ORTOPEDIA								

### REGISTROS DE ENFERMAGEM:



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



**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

Vínciente:	<b>CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA</b> (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:	1136141	Convênio: SUS	

### 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 integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

TERESINA - PI 21/03/2019

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Otorrinolaringologia: Pat. utlma de Adm. motores  
associada com trauma joelho C.  
Dermoscopia: Área abderica de grande mdcr. joelho C. limitada  
p.m. triculadura distal sem alterações.  
V. com 8 roturas. prunco corpo estreitado  
co. undidicam de fibroangio.

Paciente e acompanhante (mãe) sobrelam estranhanas  
às outras pessoas.





**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:	<b>CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA</b> (Prontuário: <b>499860</b> )		
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: SUS	

### RELATÓRIO:

Lic. 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 integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

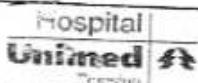
TERESINA - PI 21/03/2019

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**  
 CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727  
 Profissional Responsável



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

Num. 14676651 - Pág. 24



HOSPITAL UNIMED TERESINA  
Rua Território Fernando de Noronha, 2566  
Fone: (86) 2107 - 1615

Printed: 65765  
Data: 15/01/2019 22:54:49

Ficha de Atendimento  
Urgência / Adulto



600310

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: PIAUÍ

DADOS DO ATENDIMENTO

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

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: Telefone:  
Endereço: Bairro:  
Complemento:

*Antônio Celene P. Lima*  
Assinatura Cliente/Responsável

0.120.180

000-987.

- 40





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

THE  
SIGN

*Nº do protocolo:*

Status: AUDITADA

ADT  
2-Na. 1185568

S6-Total Procedimentos R\$	S6-Total Taxas e Aluguel R\$	S7-Detalhamento R\$	S8-Total de OPM E R\$	S9-Total de Medicamentos R\$	S10-Total Gases Medicinares R\$	S11-Dia Geral da Guia R\$
00 Assinatura do Responsável pela Autorização		01-Assinatura do Enviado ou Responsável			02-Assinatura do Contratado	



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

Num. 14676651 - Pág. 26



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

2-NO. **1185573**

TERESINA,

Nº do protocolo:

Status: AUTORIZADA

1-Regist. ANS 353353	2-Nº. Guia Principal 1601719	3-Data de Administração 16/01/19	4-Data da Sessão 16/01/19	5-Sessão 105902749	6-Data Válida da Sessão 17/03/19	7-Número da Guia Atérida pela Operadora 23402778												
8-Número da Carteira B65 000186846020	9-Variado da Carteira 3105/2019	10-Nome CLEYLENNNE NAYRA PINHEIRO	11-Número Cartão Nac. Saúde	12-Administrador a RN NAO														
13-Código na Operadora 11000806	14-Nome do Consultado HOSPITAL UNIMED TERESINA SIS LTDA	15-Nome do Profissional RAPHAEEL NEVES BONA	16-Conselho Profissional Conselho Regional de Medicina	17-Número no Consulto 2485	18-UF PI	19-Código CHD'S 225270	20-Antecedente do Profissional											
21-Cardar de Solicitação 2-2-Urgência/Emergência	22-Data/Hora da Solicitação 16/01/19 00:06	23-Indicação Clínica (obrigatório se prequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto risco)	24-Tabela 25-Código do Procedimento 40804054	26-Ementário RX - Joelho	27-Or. Solicitada 1	28-Or. Autorizada 1	29-Satus AUTORIZADO											
30-Nome do Consultado HOSPITAL UNIMED TERESINA SIS LTDA	31-Cnes 9101983	32-1-pto/Endereçamento	33-Indicação da Acidente Não Acidente	34-Tipo de Consulta	35-Motivo Encerramento	36-Data 16/01/19 00:07	37-1º Inicial 22	38-1º Final 22	39-Tabelas 40-Cód. Proced. RX - Joelho	41-Descrição 1	42-Orde 1	43-Via 1	44-Tec. 1	45-%Reduz. EXECUTADO	46-Valor Total R\$ 0,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Ser. Ref. 49-Gr. Gr. Part.	50-Código na Operador/Cop. 51-Nome do Profissional 52-Conselho Prof. 53-Número Consulto 54-UF 55-Cod. CB
56-Datas e Assinatura de Realização dos Procedimentos em Sessão	1- 2-	3- 4-	5- 6-	7- 8-	9- 10-	57-Total Procedimentos R\$	58-Total Ixous e Aluguel R\$	59-Total Materiais R\$	60-Total de OPME R\$	61-Total de Medicamentos R\$	62-Total Gênes Medicinais R\$	63-Gênes da Ensaio R\$						
64-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	65-Assinatura do Consultado	66-Assinatura do Responsável																





GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADTT

TERESA

Nº do protocolo

Status AUTORIZADA

2-Mo

1185588



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. 28

1-Registro ARS 353353	3-Nº Guia Principal 3105/2019	4-Data de Autorização 16/01/19	5-Serida 105992834	6-Data Válida da Serida 17/03/19	7-Número da Guia Autizada pela Operadora 23402833												
8-Dados da Carteira B65 00018668466020	9-Válida da Carteira 10-Nome CLEYLEENNE NAYRA PINHEIRO	11-Número Cartão Nac.Saude	12-Almoxarifado a R\$ NAO														
13-Código na Operadora 110000066	14-Nome do Consultado RAPHAEL NEVES BONA	15-Nome do Profissional Solicitante DIOGO DA SILVA RODRIGO EXALTO SOLICITANTE	16-Consultor Profissional Conselho Regional de Medicina	17-Número no Conselho 2485	18-UF PI	19-Código CRM 225270	20-Administração do Profissional Sistema										
21-Cardinal da Sociedade 1-Eletrô. 2-Urgência/Emergência	22-Data/Hora da Solicitud 16/01/19 05:20	23-Indicação Clínica (obrigatório se preencher círculo, templa, consulta de referência e alto custo) Imobilização de membro inferior	24-Tabela 25-Código do Procedimento 30711029	26-Descricao Imobilização de membro inferior	27-Or. Solicitud 1	28-Or. Autorizada 1	29-Administrador do Sistema AUTORIZADO										
30-Nº do Consultado 110000066	31-Nome do Consultado HOSPITAL UNIMED TERESINA S/S LTDA	32-1º Pto Aprendizado TERAPIAS	33-Indicação da Aduenda Outros	34-Tipo da Consulta 35-Indicativo Encaminhamento	36-Data 16/01/19	37-Hr Inici 05:21	38-Hr Final 22	39-Tabela 30711029	40-Cód Proced. 41-Descricao Imobilização de membro inferior	42-Códe 1	43-Via 1	44-Tec. 1	45-Métod/Ac EXECUTADO	46-VR. Unit. Biomet	47-Valor Total 54-UF 55-Cód. ORC	48-Seq. Ref. 49-Gr. Pan. 50-Código na Operador/CPF 51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof. 53-Número Conselho 54-UF 55-Cód. ORC
56-Órgão e Assinatura de Registraçao de Procedimento em Série										1-	3-	5-	7-	9-	10-		
										2-	4-	6-	8-				
58-Observação / Jurisdicção																	
59-Total Procedimentos R\$	60-Total Taxas e Aluguelos R\$	61-Total Materiais R\$	62-Total de OPMs R\$	63-Total de Medicamentos R\$	64-Total Gases Medicinais R\$	65-Orç. Geral da Guia R\$											
66-Autorização da Responsável pela Autorização			67-Autorização do Beneficiário ou Responsável														
68-Assinatura do Consultado																	



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

Página: 1 / 1  
Emitido por: RBONA  
Em: 15/01/2019 23:44

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	Qty	Unidade	SN	Aplicação	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 corte contusa em face anterior do joelho E.

TE018570 CRM-PI 2485  
DR. RAPHAEL BONA  
RAPHAEL NEVES BONA  
CRM 2485  
Dr. Raphael Bona  
SIMPÓDIO E TRALMETOLOGIA  
TE018570 CRM-PI 2485

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

Num. 14676651 - Pág. 30

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

Página: 1 / 1  
Emitido por: RBONA  
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: MÉDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

PREScrição MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

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

  
Raphael Neves Bona  
CRM 2485

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

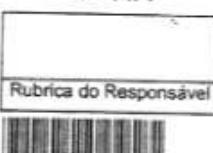
Num. 14676651 - Pág. 31

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

Página: 1 / 1  
Emitido por: RBONA  
Em: 15/01/2019 23:56

Paciente...: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA  
Prescrição.: 821509 Data: 15/01/2019 23:55  
Atendimento: 600310 Di 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	Qty	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  
CONCEPCAO DE PIRES BONA  
TE01850 CRM-PI 2485

RAPHAEL NEVES BONA  
CRM 2485

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

Num. 14676651 - Pág. 32



## **PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS (PEQUENAS CIRURGIAS)**

DATA: 16 / 01 / 19

RELATÓRIO

RELATÓRIO	
NOME: <u>Cleyssene Nogueira Linhares Lima</u>	PRONTUÁRIO:
DIAGNÓSTICO: <u>Extrusão fecalmente postural</u>	CONVÊNIO: <u>Unimed Integradora</u>
PROCEDIMENTO <u>Sutura de extrusão fecalmente com bordadamento em postura</u>	
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO (TÉCNICA, SUTURAS, DRENAGENS, FECHAMENTO)	CIRURGIÃO

fit em beweito dardre am ventricle ob falle (C) angewandt  
anteriorial corporis opercularis / limpha mechanico- cinetica erzeugende  
am SFO, 9r / Rinde der corpus entricale / Rinde falle (C) opercularis  
unro. das trocken den vitaligen das / Auswurfmengen der Dardre de FO  
em falle (C) Tal - genade F. po tubo mit apat curatice  
em falle (C)

Dr. Raphael Bona

CIRURGIÃO - CRM

CONSUMO

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	
Ega Hip. Disc	40x12		01			
Ega Hip. Disc	40x43		01			

MEDICAMENTOS	UNID.	QUANT.	MATERIAIS	UNID.	QUANT.	SOLUÇÕES	UNID.	QUANT.
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FR		LUVAS N° 8.0	PAR	01	ÉTER	ML	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	FR		LUVAS N°	PAR		P.V.P.I DEGERMANTE	ML	
POMADA	FR		LÂMINA DE BISTURI N°	UNID		P.V.P.I TÓPICO	ML	
SOLRINGER C/ LACTATO	FR		SERINGA DESC 10 ML	UNID	03	ÁGUA OXIGENADA	ML	400
Soro 5000	FR	01	SERINGA DESC 5 ML	UNID	01			
			GAZE 7.5 X 7.5	ENVELOPE	09			
			ESPARADRAPO	CM	20			
			MICROPORE	CM				



Paciente...: 40599 - CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA  
Prescrição.: #21494 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	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 SORO FISIOLOGICO - 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		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  
SANTOS E FILHOS  
TELEFONE: 8570-0000 / 2485  
RAPHAEL NEVES BONA  
CRM 2485

PROTÓCOLO SEPSE

PROTÓCOLO SEPSE

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



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

Num. 14676651 - Pág. 34



Rua Monsenhor Gil,3330 - Fone:(86) 2107-8686/Fax:2107-8652  
CNPJ:06.555.031/0001-95  
Teresina - Piauí

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

NOME DO PACIENTE: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

RG: 5039289

UNIDADE:

LETO

DATA: 15/01/2019

ANTIBIÓTICO PRESCRITO:

- 1) cefalotina 1g

#### **ESQUEMA TERAPÉUTICO (dose, via e frequência):**

- 1) cefalotina 2g ev. agora
  - 2)
  - 3)

#### **INDICAÇÃO E TEMPO DE USO:**

**MATERIAPÉUTICA:** antibioticoterapia de ataque

#### PROFILÁTICO CIRURGIA:

## PROCEDIMENTO:

#### ESTUDIO BACTERIOLÓGICO.

## ○ SIM - RESULTADO

O NÃO-JUSTIÇA

Dr. Raphael Borsig  
SÄNGER- & TANZLEHRER  
TESTAMENTA CRISTIANI  
1895

MÉRICO SOLICITANTE (NOME E CARIMBO)

SABER DA CCIH:





## FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

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

### I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

\*NOME: Cleylene Nayra Pinturero Dime IDADE: 29 anos \*DN: 23/01/89

\*NOME DA MÃE: Antonia Nélida Pinturero

ENDEREÇO:

CARTÃO DO SUS:

RESPONSÁVEL:

\*ID ( Nº DO GESTOR SAÚDE):

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

### I = TRANSFERÊNCIA

\*CLÍNICO ( )

\*CIRÚRGICO (x)

QUADRO CLÍNICO: Dois dias de trauma metacarpo falange com hematoma em pulso esquerdo.  
Orbita claramente inchada, dolorosa, exoftalmia, hipoxia.

\*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:

radiografias - sem fracturas. presença de corpo estranho.

\*DIAGNÓSTICO: Fratura aberta com luxação interna partes  
molhadas, radiografia evidenciando presença de corpo estranho.  
Necessidade de tratamento cirúrgico. \*CID 10: \_\_\_\_\_

\*TRATAMENTO REALIZADO:

curativo

\*MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Conveniência

\*DATA: 05/01/19

*Dr. Fco. da Cunha B. Souza  
Ortopedista e Traumatologista  
05/01/2019*





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

*ONTO PESSO*

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA		Imp: 15/01/2019 20:31:19
Mãe: ANTONIA SELENE PINHEIRO	Pai:	User: DR. GILBERTO
End. Resid.: RESIDEN FCO DAS CHAGAS OLIVEIRA QUADRA ABL 10 AP 0 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI - CEP:	Estação: CONSULPARES	
Nascimento: 23/01/1989	Idade: 29a1m23d	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: TRAUMA MAIOR	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: ACIDENTE DE QUEDA DE MOTO APOS CAIR EM UM BURACO NA AVENIDA. SEGUE COM ECG:15 E DOR EM JOELHO ESQUERDO. DOR:8		DANYELLE ALVES VIETRA 267041 Em: 15/01/2019 20:24:18

SSVV: Peso: 50,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: bmp	Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VITIMA DE TRAUMA MOTOCICLISTICO (MOTO-BICICLETA). ESTAVA DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, VOMITOS OU OTORRAGIA. REFERE DOR AS VIAS AEREAIS PÉRIVAS, COM COLAR CERVICAL E PRANCHAS RIGIDA. B) MV + ST, SEM RA. C) BNP, RR, 2T, SS. TEC<2S ABDOMEN INDOLOR A PALPAÇÃO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. D) GLASGOW: 15, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA, PUPILAS FOTORREAGENTES E ISOCORICAS. E) LESÃO EM JOELHO ESQUERDO				

Diagnóstico Inicial:	CID:
Exames Complementares: (1136140) - JOELHO ESQUERDO (1136141) - PERNAS ESQUERDA	
Prescrição Médica: 1. SFC, 9% 500ML, EV, PMV 2. DIPIRONA 01 AMPO + AD, EV, 6/6H 3. CRANAL CIAMP + SFO, 9% 100ML, EV, ACM 4. AVALIAÇÃO ORTOPEDIA 5. <i>este paciente que</i>	<i>Barros e Silva</i> <i>6/6-40</i> <i>6/6-55</i>
Motivo da Alta/Encerramento:	
Observação (Adulto):	DATA: / / , HORA: : .





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Av. Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 065210-5445  
CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

卷之三

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:	
<b>CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA</b>	
<u>Fator RH:</u>	<u>(+)</u>
<u>Sanguínea:</u>	
<u>Prontuário:</u>	<u>499860</u>
<u>Local:</u>	
<u>Peso (Kg):</u>	<u>0,00</u>
<u>Altura (M):</u>	<u>0,00</u>
<u>IMC (Kg/m<sup>2</sup>):</u>	<u>0,00</u>
<u>Leito:</u>	<u>0,00</u>

PRESCRIÇÃO MÉDICA:		HORÁRIO:		SINAIS VITAIS:			
		HORA:	T:	P:	R/SatO2:	PA:	Dor: Glicemia Diurese
1.	SFO, 9% 500ML, EV, PWV						
2.	DIPIRONA 01 AMPO + AD, EV, 6/641						
3.	TRAMAL 01AMP + SFO, 9% 100ML, EV, ACM						
4.	AVALIAÇÃO ORTOPEDIA						

REGISTROS DE ENFERMAGEM:

卷之三

11

卷之三

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. 38

Ortopedia: Pct automa de Accidente motoacidente  
mobilando com trauma joelho C.

Po exame: Existiu abertura de partes moles joelho C. limitada  
ADM. Neuromotoras distal com alterações.

Prx: com fraturas gramaço corpo estranho

OP: undilatação de tlo arquivado

Recupere e acompanhante (pac) bolotam transferencia  
à outra unica.



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)

CONVÉNIO: UNIMED INTERCAMBIO

PLANO: UNIMED BÁSICO

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

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Atendimento: 600310

Paciente: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

Idade: 29 Anos 11 Meses

Data de Nascimento: 23/01/1989

Leito Atual:

Médico Assistente: RAPHAEL NEVES BONA

Setor: PRONTO ATENDIMENTO

Prestador Responsável: MARCOS AURELIO DA SILVA CARVALHO

Função: TECNICO EM GESSO

Conselho / Número SEM CONSELHO - PE - null

### ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 15/01/2019

Hora anotação: 23:56

Data anotação: 15/01/2019

Leito:

Responsável: MARCOS AURELIO DA SILVA CARVALHO

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

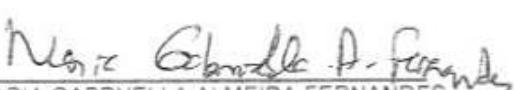


Atendimento: 600310  
Paciente: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA  
Data de Nascimento: 23/01/1989  
Médico Assistente: RAPHAEL NEVES BONA  
Mestador Responsável: MARIA GABRYELLA ALMEIDA FERNANDES  
Conselho / Número COREN - PI - 1283495  
Idade: 29 Anos 11 Meses  
Leito Atual:  
Setor: PRONTO ATENDIMENTO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

MACIENTE ADMITIDA NESTE SETOR DE URGENCIA PROCEDENTE DO HUT COM QUADRO DE DOR ARTICULAR, AVALIADA PELO PLANTONISTA CONSCIENTE, ORIENTADA, FÍSICA, COLABORATIVA, NORMOTENSA, NORMOCARDIACA, BOA OXIMETRIA DE PULSO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE SEM APORTE DE O2. PREPARADO MEDICAÇÃO, PUNCIONADA COM JELCO N°20 + POLIFIX COM SUCESSO. ADM MEDICAÇÕES C/P/M FEITO EXAMES DE IMAGEM + SUTURA + INICIADO ANTIBIÓTICO CEFALOTINA + IMOBILIZAÇÃO, SEGUE DE ALTA APOS TÉRMINO DA MEDICAÇÃO + REAVALIAÇÃO MÉDICA.

  
\_\_\_\_\_  
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

Hora anotação: 23:03

Data anotação: 15/01/2019

Leito:

PACIENTE ADMITIDA NESTE SETOR DE URGÊNCIA PROcedente do HUT com quadro de dor articular, avaliada pelo plantonista, consciente, orientada, fásica, 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 após término da medicação + reavaliação médica.

  
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  
Mae: 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 FRANC 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



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. 44

PACIENTE: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO LIMA

DATA NASC.: 23/01/1989

CPF: 03962592350

ATENDIMENTO: 781879

CONVÉNIO: UNIMED INTERCAMBIO

SEXO:

PROTÓTIPO: 40599

QUEIXA PRINCIPAL DO PACIENTE

Doenças: Joelho  
Sintomas: local  
Exames: ope retirada de corpo estranho

HDA:

EXAME FÍSICO

DIAGNÓSTICO

RATAMENTO PROPOSTO

ASSINATURA DO MÉDICO(a)



DIAGNÓSTICO

Identimento: 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



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. 46

Unimed Ilhotas - CEP 64001-545 Rua: 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.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "HERBERT GALENO PRADO MENDES".

HERBERT GALENO PRADO MENDES  
CRM : 3242

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

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

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

1 de 1



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. 47

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:  
 Cld....: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

**PREScrição MÉDICA**

MEDICAMENTOS	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
TILATIL PO SOL.INJ. 20MG	1	FA		IV	1 X AO DIA	[18/10] . 19
<b>EXAMES LABORATORIAIS</b>						
HEMÓGRAMA COMPLETO : Pedido: 241284						
<b>EXAMES DE IMAGEM</b>						
RX JOELHO AP - LAT - OBLIQUE (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:  
 Cld....: 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	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
SORO FISIOLOGICO-1000ML	1	FR		IV	1 X AO DIA	[18/10] 20:45
TRAMADOL SOL.INJ. 50MG/ML - 2ML (")A2  -> SORO FISIOLOGICO - 100ML	1	ML		IV	1 X AO DIA	[18/10] 20:45
1 FR						
RANITIDINA IV SOL. INJ. 50MG - 2ML  -> KIT EV 10ML	1	AMPOLA		IV	1 X AO DIA	[18/10] 20:45
1 KIT						
DIPIRONA SOL.INJ. 1G-2ML  -> SERINGA DESCARTÁVEL 3ML  -> ÁGUA DESTILADA SOL. INJ. 10ML  -> SERINGA DESC. 10CC.C/BICO SIAGULHA  -> AGULHA DESC. CIDISP.18GX1(40X12)	1	AMPOLA		IV	1 X AO DIA	[18/10] 20:45
1 UND						
1 AMPOLA						
1 UND						
1 UND						

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



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

Num. 14676651 - Pág. 48

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: MÉDICO(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 SOL.INJ. 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 HEMOSSEDIMENTACAO -  
VHS : Pedido: 241284

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4	RX JOELHO AP - LAT - OBLIQUEAS (ESQUERDO)	Exame: 180064				

ALBERT BASILIO MEDEIROS  
CRM 3567

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



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

Num. 14676651 - Pág. 49

MV PEP - 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
TILATIL PO SOLINJ. 20MG	1	FA		IV	1 X AO DIA	[18/10] . 19
EXAMES LABORATORIAIS						
HEMOGRAMA COMPLETO - Pedido: 241284						
VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO - VHS - Pedido: 241284						
EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
RX JOELHO AP - LAT - OBLIQUE (ESQUERDO) Exame: 188064						

ALBERT BASILIO MEDEIROS  
CRM 3567

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

Num. 14676651 - Pág. 50

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

ALCIOMAR VERAS VIANA  
 CRM 2631

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

Num. 14676651 - Pág. 51

Ficha de Atendimento  
Internação / Adulto



775542

**DADOS DO PACIENTE**

Nome: CLEYENNE NAYRA PINHEIRO LIMA Idade: 30 Dt. Nascimento: 23/01/1989-02-00-00  
CPF: 03962592350 Identidade / RG: 5039269 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 FRANC Bairro: PARQUE SUL Complemento: QUADRA A BLOCO 10 A  
CEP: 64036510 Cidade: TERESINA Estado: PIAUÍ

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Atendimento: 775542 Prontuario: 40599 Data: 09/10/2019  
Origem do Atendimento: INTERNACAO Usuario: JFRAZAO  
Médico: JOSE RENATO BRANDIM GOMES  
Procedimento: ARTROTOMIA - TRATAMENTO CIRURGICO  
Unidade de Internação: PGSTO 05 Leito: ENFERMARIA\_75\_2

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

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

**Termo de Responsabilidade**

1º - 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.

2º - Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirúrgico e anestésico.

3º - 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.

4º 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



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. 52

Relatório de Diagnóstico

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  
Medico(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



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. 53

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



## RX JOELHO ESQUERDO

### RELATÓRIO

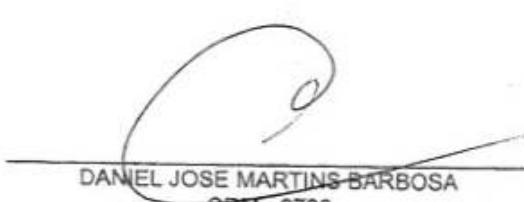
O estudo radiológico do joelho esquerdo foi realizado nas incidências AP/PERFIL.

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: 06.555.031/0001-95

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

#### HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA

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



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. 54

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 Data de Referência: 09/10/2019  
/ ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 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

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Leito: ENFERMARIA\_75.2

Admissão: 09/10/2019 08:19

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 - CLEYLENN 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

## MEDICAMENTOS

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

## 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  
 CÓD.: M255 DOR ARTICULAR Diagnóstico:

2ª VIA

Rubrica do Responsável


CUIDADOS GERAIS	Qty	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
<hr/>						
FISIOTERAPIA	Qty	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

Num. 14676651 - Pág. 59

## Relatório de Resumo de Alta

### RESUMO DE ALTA

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

#### IDENTIFICAÇÃO

NOME: CLEYLENNE NAYRA PINHEIRO  
LIMA

IDADE: 30 Anos

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)

CONVÉNIO: 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

DEFALOTINA PO SOL. INJ. 1G S/DIL

09/10/2019

09/10/2019

#### TRATAMENTO TERAPÉUTICO

PRESTADOR: JOSE RENATO BRANDIM GOMES

ÚLTIMA:

10/10/2019

#### EVOLUÇÃO

PACIENTE BEM, SEM DOR  
FO 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

Num. 14676651 - Pág. 60

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 metafísaria 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 integros.
- 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 metafísaria 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.

Dig.: RODRIGO

12470783.pcm.br  
11/03/2021 10:08:01

Rodrigo Camargo Vasconcelos  
CRM 5180

Evaldo Teixeira Nunes  
CRM 2195

