



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPO MAIOR/PI

Processo: 08000256020198180026

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPO MAIOR, 13 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PI 10201

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

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: 18/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000113257-2

Nr. da Autenticação 34EA7162FEF6DB8F

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180212894 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL E AFUNDAMENTO DE OSSO FRONTAL. FRATURA EXPOSTA DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA E FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: SEM SEQUELA NEUROLÓGICA E SEQUELA FUNCIONAL ACENTUADA DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA. TRATAMENTO CONSERVADOR DO CRANIO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. ESTA DE ALTA MÉDICA. COM QUEIXAS SUBJETIVAS DO CRANIO. CONGELAMENTO COM DEFORMIDADE DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 4º QUIRODACTILO DIREITO. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODACTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/06/2018

Conduta mantida:

Observações: * APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -

Médico examinador: ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180212894**
Nome do(a) Examinado(a): **ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS**
Endereço do(a) Examinado(a): **R RONDONIA nº 188 - SANTA CRUZ - CAMPO MAIOR/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 576412880 - SSP**
Data e local do acidente: **19/01/2018 CAMPO MAIOR/PI**
Data e local do exame: **12/07/2018 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO COM HEMATOMA SUBGALEAL E AFUNDAMENTO DE OSSO FRONTAL.
FRATURA EXPOSTA DO 4º METACARPO DIREITO E FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATAMENTO CIRURGICO COM IMPLANTE DE FIXACAO METALICA NO 4º E 5º DEDOS DA MAO DIREITA.
TRATAMENTO CONSERVADOR DO CRANIO
REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. ESTÁ DE ALTA MÉDICA,**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**VÍTIMA SEM DÉFICIT COGNITIVO OU MOTOR. CRANIO-SEM SEQUELAS,
4º E 5º DEDOS DA MAO DIREITA, COM LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXO-EXTENSÃO, SEM REPERCUSSÃO NA MÃO.**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL ACENTUADO DO 4º E 5º DEDOS DA MAO DIREITA

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **V DEDO DA MÃO DIREITA**

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela): **IV DEDO DA MÃO DIREITA**

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -

Médico Perito: ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO CRM:3165/PI


ISMAR MARQUES FILHO
MÉDICO
CPF:791.120.723-20 CRM/PI 3165

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 012712555890
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 01943648159 2016

FRANCISCO CLETON DE BRITO FEITO
SA DE BRITO

PLACA ANT. UF 36784659820 PIJ-7961

PLACA ANT. UF 36784659820 PIJ-7961

PLACA ANT. UF 36784659820 PIJ-7961

PLACA ANT. UF 36784659820 PIJ-7961

PLACA ANT. UF 36784659820 PIJ-7961

PLACA ANT. UF 36784659820 PIJ-7961

PLACA ANT. UF 36784659820 PIJ-7961

PLACA ANT. UF 36784659820 PIJ-7961

PLACA ANT. UF 36784659820 PIJ-7961

PLACA ANT. UF 36784659820 PIJ-7961

PLACA ANT. UF 36784659820 PIJ-7961

PLACA ANT. UF 36784659820 PIJ-7961

PLACA ANT. UF 36784659820 PIJ-7961

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PI Nº 012712555890 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

1 36784659820 PIJ-7961

1 36784659820 PIJ-7961

1 36784659820 PIJ-7961

1 36784659820 PIJ-7961

1 36784659820 PIJ-7961

1 36784659820 PIJ-7961

1 36784659820 PIJ-7961

1 36784659820 PIJ-7961

1 36784659820 PIJ-7961

1 36784659820 PIJ-7961

1 36784659820 PIJ-7961

1 36784659820 PIJ-7961

1 36784659820 PIJ-7961

SEGURADORA LIDER - DPVAT

www.seguradoralider.com.br

09 MAI 2016

CÓDIGO DE CONTROLE
8902.5A98.D68F.089B

A autenticidade deste comprovante deverá ser verificada no site www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 em 28/06/2013 às 10:00:52 (hora e data de Brasília)
 Dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

086.192.103-86
 Número

ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS
 Nome

07/05/1988
 Nascimento

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

EU CORRETO
 DE SEGURO
 09 MAI 2013
 DE MAT

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

57.641.288-0 DATA: **13/JUL/2013**

ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS

PEDRO VALÉRIO DOS SANTOS

MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA SANTOS

CAMPO MAIOR

CAMPO MAIOR

CN: LV.A55 / FLS.19 / N.066439

159 - Departamento de Identificação
 Polícia Federal do Brasil
 Lei nº 7.116 de 29/09/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

9-0228

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

CITÓIA DO JARDIM

1451-10-088

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Elta Oliveira dos Santos

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO,

SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06553564000642 (86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0155445

Data: 19/01/2018

Funcionario: DORINHA

Registro: 15186

Hora: 04:03:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

SUS

Senha 7

ELIEUDA OLIVEIRA SANTOS

CPF: - RG: - SUS:

Nasc.: 07/05/1988 Idade: 29 ANOS, 8 MESES, 12 Telefone: () -

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64280-

End.: RONDONIA, 220 -

Bairro: SANTA CUZ

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

IBGE: 2202208 Cor: PARDA

Mãe: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA SANTOS

Pai: PEDRO VALERIO DOS SANTOS

Clinica: **ACOLHIMENTO**

Documento: 2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA

Responsavel: ELIEUDA OLIVEIRA SANTOS - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 10/6 -

Procedimentos

19/01/2018 4:03 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☒ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Hipotese Diagnóstica Atual:

Antecedente Pessoais:

Antecedente Hereditário:

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Conduta:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Gleiciane de Andrade Rodrigues
Enfermeira
COREN-PI 147039
03-09-2018

PR CORRETO
DE SEGUROS

09 MAI 2018

DE VAI

Dr. Antonio Carlos Bandeira e Silva
Médico
2140 - Clínica Geral
CEP: 64280-000
FONE: 3252-1372

Responsavel: ELIEUDA OLIVEIRA SANTOS

2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA 19/11/18 HORA 4:10

Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE H.A. C.M.

MUNICÍPIO C. M. M. M. - I

MÉDICO: CARLOS RABELO

CRM: 2.140

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetria (☒) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

NOME: ELIELZA OLIVEIRA DOS SANTOS

IDADE 19 ANOS SEXO: () MASCULINO (☒) FEMININO

IDA: paciente trazida de história de acidente com
FRATURA EXPOSTA do 4º PÉDALAR da mão esquerda
+ trauma na região de exposição do

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- ESPONTANEO
- COMANDOS
- A DOR
- NENHUMA

RESPOSTA VERBAL

(☒) ORIENTADO
4 - CONFUSA
3 - PALAVRAS INAPROPRIADAS
2 - PALAVRAS INCOMPREENSÍVEIS
1 - NENHUMA

RESPOSTA MOTORA

(☒) OBEDECERA A COMANDOS
5 - LOCALIZA A DOR
4 - MOVIMENTO DE RETIRADA
3 - FLEXÃO ANORMAL
2 - EXTENSÃO ANORMAL
1 - NENHUMA

AIAS VITAIS

T: _____ °C P: _____ bpm F: _____ mm PA: 10/6 mmHg Sat O2 98 GLICEMIA 110 mg/dL

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Oxigênio (☒) Hidratação venosa
Irrigação () Medicação
Curativo () Outros

ANES REALIZADOS (Enviar Cópia)

LOCAL DE DESTINO

tal: _____
1/Posto: _____

Assinatura e carimbo do Médico

IV - 13018

Nº - 112561845

Assinado por: _____
Mantido em: _____
CONFERE COM: _____



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Elizelta Oliveira dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 465663

SECRETARIA
DE NEGÓCIOS

09 MA. 2018

DEPAT

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".

(User: NILDA CARVALHO)
 (Estado: ACORDADA)

DOS DO PACIENTE:

ADOS DO ATENDIMENTO:			
Código: 646817	Data: 19/01/2018 08:12:03	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio: S U S
Id. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não	CID Secundário: V299

<u>DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</u>			
<u>Final/Sintoma:</u>	<u>Evento Principal:</u>	<u>Destino:</u>	<u>Classificação:</u>
QUEIMAS	Fratura exposta	CIRURGIÃO GERAL	Amarelo

Brief History:

Breve História:
FOI LEVADO AO HOSPITAL DE CAMPO MAIOR, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA EXPOSTA DE
METACARPO DE MÃO DIREITA + LESÃO DE COURO CABEÇUDO. APPARELHADA - DOB EM
MAGE, CONSCIENTE, ORIENTADO, FALSO.

NILDA CARVALHO DA SILVA
COREN - 997168
Em: 19/01/2018 09:25:43

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Presente sístole de ruído motor elétrico há aproximadamente 6h, com um do capô, per deu a consciência no local, após ventos. Abdomen macio A-V: os sinais pericardiais e pulmonares, espandíveis. B: MV+, com ruídos de presença. C: pulmões claros e iguais, T_{EC} \leq 20. D: Glasgow: 15, pupilas isocóricas e reagentes. E: lesões em osso expelido, fratura em polidactilo da mão D (com entorse e oclusão), entorse em ombro.

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	DATA: 19/05/11	CID: _____
Diagnóstico Inicial:			

CONDUTA MEDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

ONDUTA MEDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Solicito TC de crânio TC de face Rx de coluna cervical
Rx de pulso D Rx de mão D Rx de pé D Rx de
ombro D
AUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- Repetir estudos em crânio art e ombro

MOTIVO DA ALTA/ENCERRA

TA. 29102123 09:00/12

Se interrupção, indique o motivo e a data

DATA: / / .

HORA: 7 .

Procedimento

100

Assinatura - Profissional Médico

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

Imp: 19/01/2018 08:26:18

(NILDA CARVALHO)

FLHCA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS	Prontuário: 465661
Mãe: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA SANTOS	Pai:
End. Resid.: RUA RONDONIA N220 - STA CRUZ - CAMPO MAIOR - PI - CEP: 64280-000	
Nascimento: 07/05/1988	Idade: 29a:8m:12d
Sexo: Feminino	Fone: 86-94501-485
Responsável: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA SANTOS	CNS: 899004090517895
Profissão: NAO INF	Documento:
Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)
End. Local.:	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 646817	Data: 19/01/2018 08:12:03	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: / / : **ESPECIALISTA:**

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *OTITE MEDIA: 9:42.*

Paciente com história recente de 4-5 dias de dor na região da orelha direita exposta, com secreção de líquido.

cd: Aguarda avaliação de Neurol para posterior cirurgia otológica de urgência.

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 19/01/18 09:10 **ESPECIALISTA:** INVT

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *#ver #*

GES-15

TCB - Avaliação de mds

TC de urina

Proteção frontal de com

distúrbio de + e - / sem urina

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

com: sem avaliação neurológica em momento

marcar uma segunda vez 30/1/18

ATA prof dr - L2

Carimbo/Assinatura

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 46890
AIH: 2218100064092

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS	NASCIMENTO 07/05/1988	SEXO F	PRONTUÁRIO 465664
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA SANTOS	RESPONSÁVEL MARIA DE FÁTIMA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 220
BAIRRO SANTA CRUZ	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO CAMPO MAIOR	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA EM MÃO D COM FERIMENTO EXTENSO E EXPOSIÇÃO OSSEA0408020342 S6260408020377
S6230408060450 S668

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EXAMES CLÍNICOS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S623 - FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(N) DO CONSELHO)

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO
19/01/2018

MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA
CPF: 81139748300 CRM:

DATA ADMISSÃO
19/01/2018 11:54

DATA ALTA
20/01/2018 07:15

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE **CNPJ SEGURADORA** **Nº DO BILHETE** **SÉRIE** **CNPJ DA EMPRESA** **CNAE EMPRESA** **CBOR** **NATUREZA DA LESÃO**

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(N) DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 07559400563 CRM:	DATA ANÁLISE: 31/01/2018 16:01:32 CPF:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

CONFERE COM O...

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Stegio

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Chelso Oliveira de Souza			Ortopédica	235	26	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA/HORA CÓDIGO			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
TCE Frotas Furtado Te natural 24h					15:30' Admitida procedida de SEPA em POI de Pátulo de maré hemodinâmica, conservada, TCE curada, reava- liada TE de eletro, cura- ção solucio sua surgimento opo- nente.	
1 DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO			Edmar Nogueira NUTRICIONISTA CRM: 316			
2 SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN						
3 RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H						
4 CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H						
5 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H						
6 TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12 H						
7 TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8 H SN			(SN)			
8 CURATIVO						
9 CCGG + SSV						
Fentona 2mg 8x24						
COSTA						
ANTONIO CARLOS SOUSA CRM: 15720						

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>Beulcia Oliveira dos Santos</u>		IDADE _____ anos	DATA <u>19/01/2018</u>	
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>13</u> hs <u>00</u> min		TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO		
CIRURGIA REALIZADA <u>Artroscopia</u>		CIRURGIÃO _____		

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>133/78</u>	<u>129/85</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>72</u>	<u>80 bpm</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100% b</u>	<u>100% b</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Luciana</u>	<u>Luciana</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK		ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	ESCALA DE DOR ALTA	TOTAL	ASS.
		<u>09</u>	<u>09</u>
		<u>Jaqueline Alcântara do Prado</u> Enfermeira CRP 312.232	<u>Jaqueline Alcântara do Prado</u> Enfermeira CRP 312.232

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() JVE	() Colostomia	SONDA () NASOGÁSTRICA ()
hs _____ mL _____	hs _____ mL _____	hs _____ mL _____	hs _____ mL _____		
hs _____ mL _____	hs _____ mL _____	hs _____ mL _____	hs _____ mL _____		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

14h: Admitida na SRPA com dor-prot. med. 0, sob efeito de anestesia geral. consciente, sonolenta, física: eupnéica-respira em, estável. NP físico sem queixas

RAIO-X REALIZADO
 DATA 21/1/2018
 Técnico: Carla

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () INT. () NEU () CIR () MÉD

ALTA SRPA

Dr. Marcelo Ramos de Souza
ANESTESIOLOGISTA
CRM-P1 4741

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

206629

UDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

206629

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS

6 - Prontuário: 465661

7-CNS: 898004090517895

8-Nascimento: 07/05/1988

9-Sexo: Feminino

11-Mãe: MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA SANTOS

12-Fone: 86-94501-485

13-Resp: MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA SANTOS

14-Cor: Sem Informação

15-Ende: RUA RONDONIA N220 - STA CRUZ - CEP: 64280-000

16-Munic: CAMPO MAIOR

17-Cod. IBGE: 220220

18-Me: 01

19-CEP: 64280-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Foram observados sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva, com dispnéia noturna e ortopneia.

21 - Condições que justificam a internação:

CEP: 562.6 (0408020840)
CEP: 562.3 (0408063771)

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

Rx *CEP: 566.8 (0408060480)*

23-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

24-CID Prim:

25-CID Sec:

26-CID C.Ass:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

3-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0415030013

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

Tempo SUS

9999

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

804.614.683-81

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

WILANILDO LIMA COSTA

19/01/2018

CRM-MA 6663 / CRM-PE 1740
WILANILDO LIMA COSTA
Médico Assistente em Medicina
30-Ass.Carimbo: Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. B.Nete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-Data de Emissão:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

46- () Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

48 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

gymo Audrache

Henrique Almeida Filho
Assessor de Auditoria ORCAVIA
CRM-PE 760 / CPF: 850.056.000-00
30-Ass.Carimbo: Med.Sol.(CRM)

Usuário: GYMIO EORT/AM;
Consulte Local: 646817
Consulte SUS:
Impressão: 19/01/2018 11:54:59



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Fob em DM por furo
2. Mude para + furo + furo + furo
3. Exatidão implante de furo + furo
4. Exatidão
5. Exatidão exame de SFOPT
6. Exatidão de furo + furo + furo
7. Exatidão de furo + furo + furo
8. Exatidão de furo + furo + furo

WILSON LIMA COSTA
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-MA 6663 / CRM-PI 4174



HOSPITAL DE TERESINA - HU

HISTÓRICO DE DOENÇAS

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	EMF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ELIETE OLIVEIRA DOS SANTOS		465661	29	Ortopédica	239	263	
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
01: 19/04/2018	FRAT. MAO					AUT DR ZENON ROCHA	
20/01/18	Visto Nutricional Março 2018					TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	
1	Dieta oral livre					EXAME PNEUMATE 04.12.18	
2	Jeico salinizado					DATA: 20/01/18	
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs					TÉCNICO	
4	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN					18:00 Ret recebeu alta	
5	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs					em critério médico	
6	Keftin 1g 1amp + AD EV 6/6h					SOLICITADO ALEUTICA	
7	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs					Núcleo de Epidemiologia	
8	Fenitoína 2ml + 18ml AD EV lento 8/8hs					Gerência de Emergência	
9	Curativos diários					CORREÇÃO 13/01/18	
10	Cuidados gerais e sinais vitais					CORREÇÃO 13/01/18	
Alta ortopédica							
Fase de cura							
Dr. Gerônimo Gonçalves							
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia							
CRM 345-78910023 / CRM 345-78910023 / CRM 345-78910023							

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otelo Tito 1820 Redenção - Fone: 36 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0072-02

LAUDO MÉDICO**Paciente:** ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS (Prontuário: 465661)**Endereço:** RUA RONDONIA N220 - 15TA CRUZ - CAMPO MAIOR - PI CEP: 64280-000**Nascimento:** 07/05/1988 **Idade:** 29a:10m:6d **Sexo:** Feminino **Origem:** INTERNAÇÃO **Atendimento:** 206629**Requisição:** 607761 **Solicitação:** 19/01/2018 **Solicitante:** WILANILDO LIMA COSTA**Controle:** 1000754 **Convênio:** SUS **CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11** **ANEXO I** **EXTRA 008****RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 19/01/2018**MAO DIREITA**

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

- Fraturas recentes alinhadas na falange media do 4º quirodactilo e no 5º metacarpo fixados com fios metálicos.
- Aumento de volume das partes moles.

(BRANDI SILVA)

TERESINA - PI 13/03/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Atestado emitido em 13/03/2018
Médico: CARLOS AUGUSTO MOURA FE
HUT
CONFERE COM ORIGINAL



**CLÍNICA
SÃO FRANCISCO**

CNPJ: 07121386/0001-39

Rua Antonino Freire, 535 – Centro – Campo Maior-PI

Tel: 86 3252 5311

RELATÓRIO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que, segundo documentação apresentada, ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS foi vítima de acidente com motocicleta dia 19/01/18 apresentando trauma craniano frontal direito e fratura exposta em dedos da mão direita (diáfise da falange proximal do 4º dedo e da diáfise do 5º metacarpo). Realizado fixação com fios metálicos nas fraturas, uso de analgésicos por 15 dias. Evoluiu com episódios de cefaleia e tontura. Refere ainda perda de movimento de flexão no 4 dedo e diminuição de 50 % no 5 dedo.

Campo Maior-PI, 29/06/18

Leandro Paixão Torres

CRM 2989

Leandro Paixão Torres
CRM 2989
Ortopedia / Endoscopia
— Geral

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

02 JUL 2018

DPVAT

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO,

SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06553564000641 (86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0155445

Data: 19/01/2018

Funcionario: DORINHA

Registro: 15186

Hora: 04:03:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

Senha 7

SUS

ELIEUDA OLIVEIRA SANTOS

Nasc.: 07/05/1988 Idade: 29 ANOS, 8 MESES, 12 Telefone: ()

End.: RONDONIA, 220 -

Bairro: SANTA CUZ

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64280-

IBGE: 2202208 Cor: PARDA

Mãe: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA SANTOS

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

Par: PEDRO VALERIO DOS SANTOS

Clinica: ACOlhIMENTo

Documento: 2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA

Responsavel: ELIEUDA OLIVEIRA SANTOS - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 10/6

Procedimentos

19/01/2018 4:03 0301060118 ACOlhIMENTo COM CLASSIFICACAO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☒ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Hipotese Diagnostica Atual:

Antecedente Pessoais:

Antecedente Hereditario:

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Medicacao:

Conduta:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Gláucia de Almeida Rodrigues
Enfermeira
COREN-PI 14.073/2014

PRONTO ATENDIMENTO
DE SECURUS

09 MAI 2018

DEMAT

Dr. Antonio Carlos Bandeira e Silva
Médico de Família e Comunidade
CRM-PA 2140 CRM-MA 3060
RPM 131 207/2007-71

Responsavel: ELIEUDA OLIVEIRA SANTOS

2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2018

Carta nº: 13001202

A/C: ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180212894
Vítima: ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS
Data do Acidente: 19/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.025,00

Banco: 104

Agência: 000000616

Conta: 00000113257-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.025,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 =	R\$	2.025,00
----------------------------------------	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 086.192.103-86	Nome completo da vítima ELEITA OLIVEIRA DOS SANTOS
---------------------------	---------------------------------	-------------------------------------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ELEITA OLIVEIRA DOS SANTOS		CPF titular da conta 086.192.103-86	Profissão DONA DE CASA
Endereço RUA: RONDONIA		Número 188/196	Complemento CASA
Bairro FRIEIRA	Cidade CAMPO-MAIOR	Estado PI	CEP 64.180-000
Email			Telefone (DDD) 86-99413.1468

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (04)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRQ. 0516 DV 01 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRQ _____ AGÊNCIA NRQ. _____ DV _____ (Informar dígito se existir)	
CONTA NRQ. 113257 DV 02 (Informar dígito se existir)		CONTA NRQ. _____ DV _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Campo - MAIOR-PI 07 de MAIO de 2018
Local e Data

x Eleita Oliveira dos Santos
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]
 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.000707/2018-02

Unidade de Registro: 1º DP DE CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Pedro Alves Da Silva Filho

Data/Hora: 05/05/2018 - 11:56

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

2º DP DE CAMPO MAIOR

19/01/2018 - 03:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Endereço

BR 343/PRÓXIMO A PONTE DO RIO LONGÁ, Nº:

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

Mãe: MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA SANTOS

Pai: PEDRO VALÉRIO DOS SANTOS

Endereço: RUA RONDONIA, Nº 168

Bairro: SANTA CRUZ

Cidade: CAMPO MAIOR

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMPARECEU NESTA DELEGACIA PRA INFORMAR QUE NA DATA DE 19/01/2018 POR VOLTA DAS 03:30 HORAS DA MANHÃ A VÍTIMA CONDUZIA UMA MOTOCICLETA VINDO DA LOCALIDADE ALTO DO MEIO, ZONA RURAL DE CAMPO MAIOR-PI PARA A CIDADE DE CAMPO MAIOR-PI E ESTANDO NA BR 343 PRÓXIMO A PONTE DO RIO LONGÁ AO TENTAR DESVIAR DE BURACOS NA VIA PERDE O CONTROLE DA MOTO E VEM A CAIR. QUE DA QUEDA PERDEU OS SENTIDOS. FOI SOCORRIDA POR POPULARES QUE PASSAVAM NO MOMENTO DO ACIDENTE E CONDUZIDA PRA O HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR-PI ONDE FOI ATENDIDA PELO MÉDICO PLANTONISTA DR. ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA, CRM-PI 2140 E DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO FOI TRANSFERIDA PRA O HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA-PI (H.U.T) QUE APÓS EXAMES CONSTATOU-SE FRATURA DE CRANIO COM AFUNDAMENTO E FRATURAS NO QUARTO E QUINTO DEDO DA MÃO DIREITA. QUE PASSOU POR TRATAMENTO CIRURGICO DAS FRATURAS.. QUE A MOTO EM QUE ANDAVA POSSUI OS SEGUINTE DADOS: MARCA/MODELO HONDA BIZ 125 ES, ANO FAB 2013/2013, COR PRETA, PLACA PIJ -7961 CAMPO MAIOR-PI, CÓD RENAVAM 01001043648159, CHASSI 9C2JC4820DR040356, EM NOME DE FRANCISCO CLEITON DE BRITO FEITOSA DE ARAUJO. NADA MAIS A DECLARAR.

Francisco Das Chagas Silva
Francisco Das Chagas Silva - Mat. 0095109
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Elilta Oliveira Dos Santos
ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180212894**
Nome do(a) Examinado(a): **ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS**
Endereço do(a) Examinado(a): **R RONDONIA nº 188 - SANTA CRUZ - CAMPO MAIOR/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 576412880 - SSP**
Data e local do acidente: **19/01/2018 CAMPO MAIOR/PI**
Data e local do exame: **11/06/2018 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL E AFUNDAMENTO DE OSSO FRONTAL.
FRATURA EXPOSTA DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA E FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA. TRATAMENTO CONSERVADOR DO CRÂNIO.
REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. ESTA DE ALTA MÉDICA.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**COM QUEIXAS SUBJETIVAS DO CRÂNIO.
CONGELAMENTO COM DEFORMIDADE DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEM SEQUELA NEUROLÓGICA E SEQUELA FUNCIONAL ACENTUADA DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela): **V DEDO DA MÃO DIREITA**

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela): **IV DEDO DA MÃO DIREITA**

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -

Médico Perito: ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO CRM:3165/PI


ISMAR MARQUES FILHO
MÉDICO
CPF: 791.120.723-20 CRM/PI 3165

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180212894

Vítima: ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180212894**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Navegador PJE - CNJ

PJE Bem vindo ao PJe - Pr... Consulta processos - ... 0800025-60.2019.8.18...

CNJ AC AL AM AP BA CE DF ES GO MA MG MS MT PA PB PE PI PR RJ RN RO RR RS SC

ProOrd 0800025-60.2019.8.18.0026
ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS D...

5356597 - Petição (2602752 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 13/06/2019 15:38:49

13 Jun 2019

JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO

5356593 - Petição

5356597 - Petição
(2602752 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01)

5356600 - Documentos
(Anexo 01)

15:38

31 May 2019

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

5226946 - CONTESTAÇÃO

5226950 - CONTESTAÇÃO
(2602752 CONTESTACAO 01)

5226953 -

15 de 13

Página: 1 de 2 Zoom automático

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPO MAIOR/PI

Processo: 08000256020198180026

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da

PT 15:39 13/06/2019